

**Adipositas –
Versuch der psychologischen Beschreibung
einer Extremgruppe**

von
Hellmut Erzigkeit
aus
Scharfenwiese/Ostpreußen

1978

1982 № 192

Adipositas – Versuch der psychologischen Beschreibung einer Extremgruppe

Inaugural-Dissertation
der Philosophischen Fakultät
der Friedrich-Alexander-Universität
Erlangen-Nürnberg



vorgelegt
von
Hellmut Erzigkeit
aus
Scharfenwiese/Ostpreußen
D 29

Abstract –
Versuch der psychologischen Beschreibung
einer Gruppe

von Prof. Dr. J. J. van
der Stoep
Leiden, Niederlande
1964



1964
Hertog, Engel
1964
1964
1964

Dekan: Prof. Dr. K.-H. Ruffmann

Referent: Prof. Dr. W. Toman

Korreferent: Prof. Dr. H.H. Wieck

Tag der mündlichen Prüfung: 31.8.1978



Digitized by the Internet Archive
in 2026

An dieser Stelle möchte ich allen Dank sagen, die zu dieser Arbeit direkt oder mittelbar beigetragen haben. Der enorme Arbeitsaufwand wäre von mir alleine in dieser Zeit nicht zu leisten gewesen; die Kosten der Studie hätten meine Möglichkeiten weit überschritten.

Mein besonderer Dank gilt Herrn Prof. Dr. W. TOMAN, der als Doktorvater die Arbeit betreute, und dessen Rat bei den Folgestudien unentbehrlich sein wird. Herrn Prof. Dr. H.H. WIECK möchte ich für die großzügige Unterstützung des Projektes danken. Als mein Dienstvorgesetzter und Präsident der "Deutschen Gesellschaft zur Förderung der Nervenheilkunde e.V." schaffte er mir die nötigen Freiräume und finanziellen Möglichkeiten zur Durchführung der Studie. Frau Brigitte HEERKLOTZ, die Schatzmeister des Fördervereins ist, half mir bei der Bewältigung bürokratischer Hürden und bearbeitete stets wohlwollend meine Anträge. Ohne die Mitarbeit von Herrn Priv.-Doz. Dr. B. HUSEMANN, Chirurgische Universitätsklinik, wäre die Studie nicht möglich gewesen: die Untersuchungsgruppe setzt sich ausschließlich aus von ihm betreuten Patienten zusammen, und er hat stets großzügig die Unannehmlichkeiten zusätzlicher Belastungen durch unsere Arbeitsgruppe auf sich genommen, um diese Arbeit zu ermöglichen. Herrn H. KRAUS, seinem Assistenten, möchte ich für die Geduld danken, mit der er uns mit all unseren Bergen von Akten in seinem Arbeitszimmer ertrug und für seine zuverlässige Hilfe bei der Erstellung der Patientenlisten und Beschaffung von Material. Seine stets freundlich-deftige Art hat sicher zur guten Arbeitsmoral unserer Gruppe beigetragen. Danken möchte ich auch unseren studentischen Hilfskräften, Fräulein Katharine SAM, Herrn H. ZIRNGIBL, Fräulein Bärbel MEIER und Fräulein Monika AUMER für die mühsamen und sicherlich manchmal sehr unangenehmen Routine-tätigkeiten bei der Betreuung der Studie; Katharina SAM arbeitet seit etwa einem halben Jahr alleine an der Studie weiter. Herrn SÖLLCH möchte ich an dieser Stelle nochmals für die Bewilligung der studentischen Hilfskraftstellen danken. Herrn Kanzler KÖHLER danke ich für die gewährte Forschungsbeihilfe der Universität.

Herrn Dr. G. LÖHR danke ich für die Überlassung von Testmaterial und damit gegebene Möglichkeit zu weiterführenden Analysen. Herrn G. SPÖRL möchte ich für die Beratung und Unterstützung bei der Rechnerbedienung und die Erstellung des Traum-Test-Programmes danken. Herrn Dr. F.-J. HEHL, Heidelberg, danke ich für die Berechnungen des PSS-25. Herrn Dr. U. KOCH, Hamburg, danke ich für die Berechnungen des semantischen Differentials. Besonders zu danken habe ich Herrn Dr. A. LOCHS, Innsbruck, der die gesamten Berechnungen, einschließlich der Erstellung oder Adaptation von Programmen durchführte. Seine überragenden Statistik- und Programmierkenntnisse machten es erst möglich, den zunächst unüberschaubar erscheinenden Berg von Daten zu ordnen. Für die freundliche Aufnahme am Universitätsrechenzentrum in Innsbruck, wo ich zwei Wochen lang bevorzugt rechnen konnte, möchte ich ihm und seinen Mitarbeitern danken. Danken möchte ich auch Frau Erika SALENTIN, die mit großer Sorgfalt die Schreibarbeiten für diese Arbeit ausführte. Nicht zuletzt gilt mein Dank allen Patienten, die sich der fast unzumutbaren Mühe der Beantwortung des sehr umfangreichen Fragebogens unterzogen haben.

INHALT

A EINFÜHRUNG UND BEGRÜNDUNG DER ARBEIT	1
B ABRISS DER ADIPOSITASFORSCHUNG	4
1 Geschichtliches zur Adipositas	4
2 Zur Definition der Adipositas	5
2.1 Probleme der Differentialdiagnose	5
2.2 Kriterien zur Abschätzung des Übergewichtes	6
3 Die Häufigkeit der Adipositas	7
3.1 Kulturelle und soziale Abhängigkeiten	9
4 Risikofaktor Übergewicht	11
5 Genese der Adipositas	13
5.1 Adipositas als Krankheitssymptom	14
5.2 Tierexperimente zur Genese der Adipositas	15
5.3 Zur Physiologie der Fettsucht	17
5.4 Zur Psychologie der Fettsucht	19
5.4.1 Angaben Adipöser zu ihrem Eßverhalten	19
5.4.2 Adipositas aus der Sicht der Psychoanalyse	21
5.4.3 Adipositas aus der Sicht der Psychosomatik	24
5.4.4 SCHACHTERs Annahmen über die Adipositas	28
6 Psychologische Beschreibungen der Adipositas-Persönlichkeit	31
7 Experimentelle Befunde zur Adipositas	35
7.1 Zum Eßverhalten Adipöser	35
7.2 Experimentelle Überernährung	38
8 Adipositas und Verhaltensbeschreibungen	40
8.1 Adipositas, Alkoholkonsum und Rauchgewohnheiten	43
8.2 Psychologische Testbefunde bei Adipösen	45
8.2.1 Das Selbstbild Adipöser	45
8.2.2 Persönlichkeitsuntersuchungen	47
8.2.3 Familienkonstellationen Adipöser	55
9 Therapeutische Bemühungen bei Adipositas	60
9.1 Diäten und Fasten	61
9.2 Medikamentöse Therapie	65
9.3 Psychotherapie	67
9.4 Verhaltenstherapie	72
9.5 Therapien bei Kindern und Jugendlichen	74
9.6 Andere, seltener angewendete Verfahren zur Therapie	75

9.7	Die chirurgische Therapie	76
10	Folgen der Gewichtsreduktion	81
C	DATENERHEBUNG UND BESCHREIBUNG DER STICHPROBE	87
D	DARSTELLUNG DER ERGEBNISSE	
1	Ergebnisse des nicht normierten Fragebogen- Teils	96
1.1	Die Seiten 1-4 des Fragebogens	97
1.2	Familiendaten	125
1.3	Der sexuelle Bereich	140
2	Ergebnisse der teil-normierten Fragebögen	155
2.1	Die Syndromspezifischen Selbsteinschätzungs- Skalen	155
2.2	Adip 1-3	163
2.3	Die LZ-Skala	173
2.4	Freundschaften Adipöser	175
2.5	Vorurteile über "Dicke", das Semantische Differential	185
3	Ergebnisse der Persönlichkeits-Tests	187
3.1	Der Traum-Test	187
3.1.1	Typisierungen der Gruppen anhand des Traum- Tests	199
3.2	Der Gießen-Test	201
3.2.1	Typisierungen der Gruppen anhand des GT-S	220
3.2.2	Typisierungen der Gruppen anhand des GT-S, Form 2	224
3.3	Das PSS-25	226
3.3.1	Typisierungen der Gruppen anhand des PSS-25	231
E	ERGÄNZENDE ZUSAMMENFASSUNG DER ERGEBNISSE	252
F	AUSBLICK	268
G	LITERATUR	271
H	ANHANG	289

A EINFÜHRUNG UND BEGRÜNDUNG DER ARBEIT

Die vorliegende Arbeit entstand aus dem Bedürfnis, Lebensgeschichte, Lebensbedingungen, Persönlichkeit und Probleme extrem adipöser Menschen kennenzulernen. Die Befragung wurde als breit angelegte Pilot-Studie mit dem Ziel geplant, mögliche Besonderheiten zu erfassen, die extrem Adipöse von Normalgewichtigen unterscheiden.

Die erhobenen Daten sollen Grundlage für weitergehende, gezielte Untersuchungen sein, die letztlich mit besserer Kenntnis der Probleme dieser Menschen, zu einer praktikablen psychologischen prae- und postoperativen Begleitung führen sollen. Dazu ist es nötig Merkmale zu finden, die zwischen Normalgewichtigen und Adipösen diskriminieren - wünschenswert wären "empfindliche" Meßinstrumente, die noch zwischen den verschiedenen Gruppen der Operierten oder Warteliste-Patienten unterscheiden lassen. Die psychologische und medizinisch-beratende Begleitung soll - das ist ein Fernziel - mit Hilfe einer Datenbank und eines Programmsystems auf die individuelle Situation jedes Patienten zugeschnitten werden und einen regelmäßigen "Dialog" des Patienten mit der Klinik gewährleisten. Wegen der großen Anzahl von Bewerbungen und zu betreuenden Patienten ist eine persönliche psychologische Begleitung - letztlich aus Personalmangel - nicht durchführbar: Der hier eingeschlagene Weg scheint mir aber eine, unter den gegebenen Bedingungen, praktikable Alternative zu sein.

Die Auswahl der in der Pilot-Studie zu erhebenden Variablen erfolgte nach Durchsicht der Literatur und Beratung durch Prof. Dr. W. TOMAN, der die Arbeit auch betreut.

Jährlich gehen weit mehr als hundert Anfragen bei Priv.-Doz. Dr. B. HUSEMANN, Chirurgische Universitätsklinik Erlangen, ein; derzeit liegen über tausend Anmeldungen für eine operative Dünndarmausschaltung vor. Etwas mehr als ein Drittel der Personen wurde in Erlangen operiert, die anderen Bewerber mußten, mit der Empfehlung konservativer Maßnahmen, abgewiesen werden.

Die Antrags-Schreiben der Patienten weisen in zum Teil dramatischer Form auf die Not und Hoffnungslosigkeit der Lebenssituation dieser Menschen hin; häufig wird die Operation als letzter Ausweg genannt. Die Betreuung der Patienten und der Abgewiesenen wirft Probleme auf, die, letztlich aus Kapazitätsgründen, nicht allein von der chirurgischen Klinik bearbeitet werden können. In Gesprächen mit dem Operateur wurden mögliche Ansatzpunkte für begleitende therapeutische Maßnahmen erwogen. Es erschien uns nötig, die zu Betreuenden möglichst genau kennenzulernen und zu erfahren, welchen Einfluß die verschiedenen Beobachtungsmerkmale auf Therapieerfolg oder -mißerfolg nehmen und welche Veränderungen oder Probleme im Verlauf der Gewichtsreduktion allgemein und insbesondere nach der Operation zu erwarten sind.

Erste Hypothesen aus unsystematischen Beobachtungen des Operateurs, einer Reihe von Einzelgesprächen mit Patienten und einem Gruppengespräch gewonnen, sollten Orientierungshilfen auf dem Weg durch die kaum überschaubare Menge von Literatur zur Fettsuchtforschung sein. Eine Reihe ungelöster Fragen und die drängende Notwendigkeit, die sich aus der zunehmenden Zahl der Bewerbungen ergibt, führten zur Einrichtung eines von der Chirurgischen Universitätsklinik, der Universitäts-Nervenklinik, der Universität Erlangen-Nürnberg und dem "Verein zur Förderung der Nervenheilkunde e.V." getragenen medizinisch-psychologischen Forschungsprojektes, dessen Leiter der Autor der vorliegenden Arbeit ist.

Zunächst gilt es Grundlagen zu erarbeiten. Die vorliegende Dissertation soll den Einstieg in konkreter formulierbare Arbeitsypothesen und erste Ansätze für psychologische Begleitmaßnahmen liefern. Es wird also erstes Ziel der Arbeit sein, die zu behandelnde Extremgruppe Fettsüchtiger psychologisch möglichst umfassend zu beschreiben. Dabei kann nicht immer vorbehaltlos auf bestehende Untersuchungsergebnisse zurückgegriffen werden.

Trotz der "Unmenge" an Literatur gibt es doch sehr wenig Arbeiten, die Personen mit extremer Fettsucht untersuchten.

Die hier untersuchte Stichprobe weist folgende Besonderheiten auf:

- Alle Personen haben sich schriftlich an Dr. HUSEMANN mit der Bitte um die chirurgische Therapie der Adipositas gewandt.
- Alle Operierten und "Wartelisten"-Patienten sind sorgfältig medizinisch untersucht; in allen Fällen handelt es sich um die alimentäre Form der Fettsucht. Die Indikationsstellung für die Operation findet man unter 9.7.
- Ein Teil der abgewiesenen Patienten wurde nicht untersucht; es handelt sich dabei um Personen, deren relatives Übergewicht zu gering war. Bei diesen Patienten wurden Hinweise auf konservative Maßnahmen gegeben.
- Ein Teil der operierten Patienten wurde nach einer mittlerweile überholten Technik operiert, bei der eine operative Rückverlagerung des ausgeschalteten Dünndarmteils nach erfolgreicher Gewichtsreduktion nötig ist.

B ABRISS DER ADIPOSITASFORSCHUNG

1. Geschichtliches zur Adipositas

In der Antike wurde das Problem der Adipositas von Ärzten bereits beschrieben: Trägheit und Völlerei wurden als ihre Ursache, Sterilität und Verkürzung der Lebenserwartung als Folge angesehen. Im Corpus Hippocraticum (zit. n. 299), das das medizinische Wissen des klassischen Griechenland repräsentiert, findet man als Therapievorschläge Diät und körperliche Anstrengung - Annahmen, die noch heute Gültigkeit haben. Erstaunlicherweise wurde im Mittelalter die Adipositas nicht als Krankheit aufgefaßt; sie ist in medizinischen Büchern kaum erwähnt. Mitte des 18. Jahrhunderts erschien die erste Monographie zum Thema Adipositas, "Discourse on the nature, causes and cure of corpulency", siebzehn Jahre später, 1769, die Übersetzung ins Deutsche. Es folgte eine Reihe von Publikationen zu diesem Thema. Mit beginnendem Interesse an der Ernährungsphysiologie erhielt die Adipositas seit der zweiten Hälfte des vorigen Jahrhunderts ihren Platz in der Reihe der Gegenstände medizinischer Forschung; der Stellenwert läßt sich u.a. an der Flle der Arbeiten ermessen, die heute kaum mehr überschaubar ist (299). Eine umfangreiche Darstellung zur Geschichte der Fettsuchtforschung und eine Abhandlung der Fettsucht als kulturgeschichtliches Problem findet man bei W. RIES (237).

Nach wie vor gilt, daß die Fettsucht "zu den ungelösten Problemen der Medizin gehört" (237, S. 21), was wohl auch daran liegt, daß Verbundforschung, wie sie bei anderen Krankheiten schon selbstverständlich geworden ist, einigen wenigen Forschungszentren (siehe dazu: 237, S. 22) vorbehalten bleibt. In einer Ausgabe des Journal of the American Medical Association (1970) wird die Forschung betont, die Psychologie als Hilfswissenschaft bei der Behandlung der Adipositas einzusetzen (zit. n. 155).

2. Zur Definition der Adipositas

gibt es eine Fülle von Literatur z.B. (70, 89, 104, 135, 237, 299) und unterschiedliche Standpunkte. Ein Hauptproblem liegt in der mangelnden definitorischen Übereinkunft. Neben der Vielzahl der weitestgehend synonym verwendeten Begriffe wie Fettsucht, Adipositas, Obesitas, Hyperphagie, besteht die Schwierigkeit der graduellen Bestimmung. Für manche Autoren beginnt schon ab zwanzig Prozent Übergewicht die Adipositas, für andere ab dreißig Prozent oder mehr.

Was zunächst ganz einfach durch Augenschein und Waage hinreichend absicherbar erscheint, wird mit zunehmender Sachkenntnis kompliziert. Schon das "Normalgewicht" kann unterschiedlich aufgefaßt werden: So wird von der statistischen Norm, z.B. dem Modal-Wert ausgegangen oder aber vom Krankheitsrisiko bzw. der Lebenserwartung. Faßt man Übergewicht als Fettleibigkeit auf - Übergewicht kann sich z.B. auch durch hydropische Ödeme oder stark ausgeprägte Muskulatur ergeben - so steigen die Schwierigkeiten mit dem Anspruch auf Exaktheit der Messung des Fettanteiles. LENZ (in 23) weist darauf hin, daß die Definition der Adipositas keinen biologischen oder medizinischen Sinn habe, sondern letztlich eine Vereinbarung darstelle. Allerdings wurde so eine Vereinbarung explizit nicht allgemein verbindlich getroffen. Häufig spricht man ab zwanzig Prozent über Normalgewicht (nach BROCA) von Adipositas. W. RIES behandelt die Frage der Bedeutung der Begriffe Fettsucht, Adipositas, Obesitas und findet in der Literatur die Begriffe synonym verwendet. Er selbst zieht den Begriff "Fettsucht" vor, da damit der "Sucht-Aspekt" angesprochen wird, den er für wesentlich hält (237).

2. 1 Probleme der Differentialdiagnose

Die Verteilung der Fettpolster ist beim Menschen entsprechend geschlechts- und altersspezifischer Muster prädisponiert. Eine von diesen Mustern abweichende Verteilung erlaubt differential-

diagnostische Schlüsse (s. z.B. 237). Die Patienten unserer Stichprobe sind alle, wenn sie für eine operative Dünndarumschaltung in Frage kommen, sorgfältig untersucht, so daß andere Krankheiten, bei denen die Adipositas Symptom ist, z.B. Morbus Cushing, Hypogonadismus, Pickwick-Syndrom (218) oder seltene Krankheitsbilder wie das Prader-Willi-Syndrom (48, 325, 288) ausgeschlossen werden können. Bei den Patienten unserer Untersuchung handelt es sich ausschließlich um Fettsucht, die durch erhöhte Kalorienzufuhr bedingt ist, also um die sogenannte "Mastfettsucht".

Eine umfangreiche Übersicht über die möglichen Verfahren zur Bestimmung von Normal- und Übergewicht geben z.B. K. SALLER (250), F.G. GRIES et al. (104) oder B. HUSEMANN (135). Keines der genannten Verfahren vermag genau den relativen Anteil von Fettgewebe am Gesamtgewicht zu messen. Je präziser die Messung, desto aufwendiger ist die Methode. Schließlich ergibt sich noch das Problem der Interpretation, weil nicht eindeutig entscheidbar ist, auf welchen Normalwert das jeweilige Körpergewicht zu beziehen ist.

2. 2 Kriterien zur Abschätzung des Übergewichtes

Wegen seiner allgemein üblichen Anwendung in der Klinik wird sich im weiteren bei Übergewichtsangaben auf den BROCA-Index bezogen. In der chirurgischen Universitätsklinik erfolgt die Übergewichtsbestimmung ebenfalls nach dem BROCA-Index, wobei für Frauen eine Variante gilt. Der BROCA-Index ist einfach zu bestimmen, wobei als Normalgewicht (N G) die Körperlänge minus hundert in Kilogramm gilt; bei Frauen ist die Formel dahingehend modifiziert, daß zusätzlich der Quotient Körperlänge minus hundert, dividiert durch zehn, abgezogen wird. Formal dargestellt kann man schreiben:

$$NG_{(kg)} = KL_{(cm)} - 100;$$

Für Frauen gilt dann:

$$NG = KL - 100 - \frac{KL-100}{10}$$

Daraus läßt sich der prozentuale Anteil des Übergewichtes nach der Formel $KG \times 100 : NG - 100$ bestimmen.

In einer Arbeit von W. SCHLICK, P. SCHMID und K. IRSIGLER (261) konnte gezeigt werden, daß der BROCA-Index für Frauen in jedem Falle, bei Männern jedoch nur bei ausgeprägtem Übergewicht ein gutes Maß für den Fettanteil am Körpergewicht ist.

3. Die Häufigkeit der Adipositas

Der Erstellung exakter Zahlen über die Häufigkeit der Adipositas stellt sich das Problem der Definition der Fettsucht entgegen. Im Ernährungsbericht 1976 der Deutschen Gesellschaft für Ernährung wurden aufgrund der "Hessen-Studie" ca. 47 % der Männer und 55 % der Frauen für übergewichtig eingeschätzt. Kriterium war mehr als 15 % über dem Normalgewicht nach BROCA. Bei den durchgesehenen Arbeiten sind Frauen übereinstimmend in den Gruppen Adipöser überrepräsentiert (89, 282, 220, 292).

DORFMAN (zit. n. 148, S. 181) schätzte, daß etwas mehr als 30 Mill. amerikanische Bürger zu einem gewissen Grad übergewichtig sind.

Für den Zeitraum von 1963 bis 1966 legen F. MÜLLER et al. (204) sehr differenzierte Statistiken über die Verbreitung der Fettsucht in der DDR vor. Als fettsüchtig stufen sie Personen ein, deren Gewicht 20 % über dem BROCA-Index liegt. Demzufolge ist etwa ein Drittel der Bevölkerung der DDR fettsüchtig. Unterschiede zwischen Männern und Frauen, Stadt- und Landbevölkerung sind beträchtlich: Die Landbevölkerung ist häufiger übergewichtig; bei Frauen ist die Altersabhängigkeit zum Übergewicht am deutlichsten.

Nicht eindeutig zu beantworten ist die Frage nach der Altersabhängigkeit. F.P. HEALD (117) z.B. gibt einen Überblick über die Entwicklung der Fettsucht in der Jugend und im Erwachsenenalter. Lediglich im Senium wird übereinstimmend ein Rückgang der Adipositas berichtet (104). Das mag an der erhöhten Sterblichkeitsquote Fettsüchtiger, aber auch am allgemeinen Abbau von Fettgewebsüberschüssen im Alter liegen. H.B. STÄHELIN (282) stellt anhand der "Baseler-Studie" fest, daß schon im jüngeren Erwachsenenalter ein Drittel der Bevölkerung Übergewichtig ist. Als Referenzwert gilt bei dieser Studie das Idealgewicht (GEIGY-Tabellen). Auf die Übergewichtigkeit im Kindesalter und deren zunehmende Bedeutung als "Volkskrankheit" weist Z. LUHANOVA (180) hin.

Kein Zweifel besteht offenbar am Zusammenhang von Lebenserwartung und Körpergewicht. Eine Fülle von Untersuchungen mit zum Teil sehr umfangreichen Stichproben, wie sie besonders von amerikanischen Versicherungsgesellschaften durchgeführt wurden, belegen diese Abhängigkeit (89, 299, 282, 237, 104). Dabei wurden auch Fragen der verschiedenen Erkrankungen als Folge des Übergewichtes untersucht. Die enormen Stichprobengrößen - so veröffentlichte die "Society of ACTUARIES" 1959, die Übergewichts- und Mortalitätsdaten von dreihundertfünzigtausend Versicherten - lassen diese Zusammenhänge als gültig erscheinen.

Schätzungen zufolge (37, 135, 137, 138) sterben etwa siebzigtausend Bundesbürger jährlich an den Folgen der Fettsucht. Genauere Schätzungen über das Ausmaß der durch Fettsucht bedingten Arbeitslosigkeit sind schwer zu erstellen, da bei Krankheiten nicht immer die Fettsucht als primäres Symptom identifiziert werden kann; für eine Reihe von Fällen gilt mit Sicherheit, daß die Fettsucht Bluthochdruck zur Folge hat, welcher als Mortalitätsklassifikation gilt, obwohl er nur die Folge der Fettsucht darstellt. Selbst im Statistischen Jahrbuch werden diese Zusammenhänge nicht berücksichtigt. A.L. STRASSER (289) ordnet die Adipositas unter die sechs häufigsten Gründe für Arbeitslosigkeit ein.

BRÜNING und BITTORF (37) sammelten Daten über die Jahre von 1947 - 1960. Sie fanden, daß z.B. 1947 nur etwa 2 % der Bevölkerung als übergewichtig einzuschätzen waren; 1951 waren es 11 % und 1960 schon 35 % der Bevölkerung. Nach neueren Untersuchungen werden etwa 46 - 50 % (283, Hessen-Studie) der Bevölkerung als übergewichtig eingeschätzt. Als Kriterium für Übergewicht wird häufig 20 % über dem Normalgewicht nach BROCA (197, 90) gewählt.

Die Häufigkeit der Adipositas abzuschätzen ist relativ schwierig. M. PFLANZ (220) weist darauf hin, daß bei der Erstellung von Häufigkeitsstatistiken die Selektion der untersuchten Stichproben als Fehlermöglichkeit bedacht werden müsse. Besonders bei klinischen Stichproben dürfte der Inferenzschluß auf die Gesamtbevölkerung fehlerhaft sein. Für die meisten der genannten Statistiken gilt dieser Einwand.

3. 1 Kulturelle und soziale Abhängigkeiten bei der Adipositas

In die Diskussion über die Definition der Adipositas müssen auch transkulturelle Betrachtungen eingehen, auch wenn sie, wie es nach Studien von JOHNSON et al. (1956) oder SELTZER (1968) (zit. n. 104) den Anschein hat, bei der Häufigkeit der Fettsucht keine große Rolle spielen. Bei extremen Formen der Adipositas erscheint das plausibel. Im Grenzgebiet "Normal-, Übergewicht und Fettsucht" ist jedoch die Berücksichtigung der ideellen Normvarianten der Gesellschaft nötig. Unmittelbar einsichtig ist das beispielsweise dann, wenn Übergewichtigkeit zum Statussymbol wird. So hat man im Vorderen Orient zu dicken Ärzten gemeinhin mehr Vertrauen als zu Ärzten von schlanker Gestalt. Die Begründung dürfte vor allem in Assoziationen wie "dick-wohlhabend-gesund" und Folgerungen, die sich daraus für Aspekte wie Heilungserfolg oder Selbsttherapie des Arztes ergeben zu suchen sein (mündliche Mitteilung von P.D. Dr. A. TAGHAVY).

D.H. INGRAM (139, S. 39) schreibt dazu:

"In other cultures, obesity is not socially harmful. For most of the world's population, fatness is a sign of comfort, health, and wisdom. Italian women regard obesity as protective against tuberculosis, and, indeed, there is epidemiologic support for their view. Ganesha, the Hindu god of prudence and sagacity, is represented as having an elephant's head on a human torso with a large belly to signify prosperity. Similarly, during the annual Buddhist festival of the Perahera in Sri Lanka (Ceylon), fat men are respectfully positioned in the procession to indicate the richness of the communities they each represent. In the United States, Goldblatt and coworkers demonstrated that the following factors independently affect the occurrence of obesity:

(1) women with low socioeconomic status are six times as likely as women with high status to develop obesity, (2) upwardly mobile women are almost half as likely to be obese as downwardly mobile women, and (3) the longer a woman's family has been in the United States the less likely she is to be obese. It is generally observable that idealizations of thinness are most compelling for modern young women in Western culture".

Auch in der westlichen Welt erscheinen sozialer Status und Übergewicht nicht gänzlich unabhängig voneinander zu sein (11, 104, 118, 239, 326, 334).

A.J. STUNKARD gibt in seiner 1968 (292) veröffentlichten Arbeit einen Überblick über den Vergleich von neuen Ländern, dem Anteil der Adipositas und dem sozio-ökonomischen Status. Diese Abhängigkeit ist deutlich, der Unterschied zwischen den Kulturen gering. Keinen Zweifel hat STUNKARD an der Relevanz sozialer Faktoren bei der Entstehung der Adipositas (293).

Soziale "Aufsteiger" wiegen weniger als soziale "Absteiger" fanden J.T. SILVERSTONE (271, 272) und A.J. STUNKARD et al. (295). Daß Adipöse weniger Chancen zu sozialem Aufstieg haben, konnten

MADDOX et al. (zit. n. 104) zeigen. Sie vermuten, daß in der gehobenen Schicht der Adipöse nicht geschätzt und daß ihm die Schuld an seinem Zustand zugeschrieben wird. Die negative Bewertung seiner Persönlichkeit hindert ihn am sozialen Aufstieg. KAEDING und HIRSCHLIPP (in 237, S. 54) dagegen ermittelten keine signifikanten Unterschiede zwischen sozialem Status, angezeigt durch das monatliche Nettoeinkommen, und Adipositas. In der DDR fand WAHREN (zit. n. 104) daß besonders häufig die intellektuellen Männer übergewichtig sind, wogegen bei den Frauen eher die weniger intelligenten zu Übergewicht neigen. M. PFLANZ (219) ermittelte ähnliche Verteilungen bei der Berücksichtigung des sozialen Status als unabhängige Variable.

4. Risikofaktor Übergewicht

Es besteht kein Zweifel, daß die Fettsucht medizinisch als Risikofaktor zu bewerten ist. Diskutiert wird lediglich die Frage, ab welchem Grad des Übergewichtes welches Risiko angenommen werden kann. Allgemein läßt sich sagen, daß die Vorstellungen gewisse kulturelle Variationen aufweisen: Die strengsten Normen finden sich bei den Amerikanern, - wenn man die Policen der Lebensversicherungen in Abhängigkeit des Körpergewichtes betrachtet (104, 237). Gegen diese strenge Gewichtsbeschränkung wenden sich Kritiker wie D.H. INGRAM:

"The report on obesity and health by Newburgh in 1942 indicates that with each ten-pound increment beyond a statistically determined standard, a person over the age of forty years substantially increases his mortality, by contrast, in a review of the same subject in 1974. Mann emphasizes that the basic question for health scientists is to determine the role which obesity plays in health impairment. During the intervening years, serious doubts have been raised by Keys and others concerning the accuracy of life-insurance figures for indicating morbidity and mortality rates among obese persons. The unreliability of physical examinations for insurance purposes and the uncertain deter-

minations of causes of death have prompted reevaluation of these figures for epidemiologic study. Although standardized tables of height and weight have been shown to be unreliable for establishing the individual diagnosis of obesity, their ready availability and simplicity tend to subvert critical thinking. The tables continue to provide the most frequent means by which both the clinician and the laymen validate a judgment formed by vision alone. For most psychiatrists, including myself, casual inspection is the only means used for determining obesity" (139, S. 37-28).

Fast regelmäßig lassen sich im Zusammenhang mit Fettsucht Bluthochdruck (65, 70, 86, 205, 308) und bei schwereren Formen häufig Diabetes Mellitus (104, 237) diagnostizieren. Ohne Reduktion des Übergewichtes lassen sich wahrscheinlich die Kreislauftrisiken bei Adipositas nur in geringem Umfang senken (25, 29). Psychische und somatische Störungen wie Angst, depressive Verstimmungen, Herzerkrankungen oder Stoffwechselstörungen werden im Zusammenhang mit Fettsucht diskutiert (z.B. M.J. SEGERS und C. MERTENS (269) W. RIES (237), F.A. GRIES et al. (104). Auf die besonderen Schwierigkeiten bei der Behandlung Adipöser mit Langzeitpsychopharmaka weist zum Beispiel F. REIMER (236) hin. Allgemein erscheint die psychische Belastbarkeit in Abhängigkeit vom Übergewicht gesenkt.

Neuere Arbeiten aus der Medizinischen Poliklinik der Universität München weisen auf die Zusammenhänge von Übergewicht und Skeletterkrankungen (259), Venenerkrankungen (184), Kreislauftrisiken (178), Gicht und Nierenerkrankungen (107), Fett- und Kohlenhydratstoffwechselstörungen (327, 337) hin. Auf allgemeine Risiken macht H. DÖRFLER (67) aufmerksam, der, wie die anderen zitierten Autoren, zur Münchner Arbeitsgruppe von N. ZÖLLNER gehört.

5. Genese der Adipositas

Eine Fülle sich ergänzender und widersprechender Annahmen und Modelle zur Genese der Adipositas spiegelt die relative Unsicherheit der Autoren wieder. Erbliche Belastungen (16, 64, 117, 186, 198, 245, 286, 323), endokrine Störungen (114) oder minimale Hirnschäden (324) werden ebenso als Ursachen diskutiert wie psychologische Determinanten. In einem Punkt herrscht hohe Übereinstimmung: Für ca. fünfundneunzig bis neunundneunzig Prozent aller Fettsüchtiger gilt offenbar, daß sie zuviel Nahrung aufnehmen - mehr als der Organismus durch Arbeit verbraucht, es werden infolgedessen Fettdepots entwickelt.

Mit Sicherheit kann jedoch angenommen werden, daß nicht alle Menschen die überschüssigen Kalorien in Fett speichern. Dafür sprechen beispielsweise das über lange Zeiträume hinweg relativ konstant bleibende Körpergewicht oder die häufiger zu machende Beobachtung, daß manche, trotz reichlicher und häufiger Mahlzeiten, nicht an Gewicht zunehmen. Eine Reihe von physiologischen Regelmechanismen werden dafür verantwortliche gemacht (45). Fettsucht kann als Ergebnis einer Störung dieser Regelmechanismen aufgefaßt werden, die die Nahrungsaufnahme und/oder Verwertung regulieren. Diesen recht einleuchtenden biologischen Modellen widerspricht andererseits die Wirksamkeit psychotherapeutischer Maßnahmen.

Insgesamt kann die Problematik der Genese der Adipositas als noch in der Diskussion befindlich betrachtet werden. Die Standpunkte der einzelnen Schulen - biologische vs. psychologische Orientierung - müssen den ständig neuen Befunden und Erkenntnissen angepaßt werden. Ganz allgemein wird als Schwierigkeit bei der Adipositasforschung die mangelnde Glaubwürdigkeit Adipöser angesehen, die häufig Krankheit und nur relativ selten ihr übermäßiges Essen für ihre Fettleibigkeit verantwortlich machen wollen.

5. 1 Adipositas als Krankheitssymptom

In einigen Fällen kann die Adipositas als Folge anderer Erkrankungen gesehen werden. Erst vor kurzem beschrieben M.M. COHEN et al. (49) ein Syndrom mit den Symptomen Hypertonie, geistige Defizienz, verschiedene Körperanomalien und Adipositas. Schon früher haben D.R. MACMILLAN et al. (181) ein Krankheitsbild beschrieben, bei dem die Adipositas in Zusammenhang mit Wachstumsverzögerung, intellektueller Minderleistung und geschlechtlicher Frühreife auftritt. Eine Reihe von Autoren wie J.J. COCHETON et al. (48), W. RIES (247) und F.A. GRIES (104) - hier finden sich weitere Literaturangaben - berichten von Untersuchungen, die auf einen überzufällig häufigen Zusammenhang von Diabetes Mellitus und Adipositas hinweisen. Hier kann jedoch nicht mehr so eindeutig wie bei anderen Krankheitsbildern - Morbus Cushing, Pickwick-Syndrom (218), Prader-Willi-Syndrom (288, 325) - die Adipositas als Folgeerkrankung erkannt werden. Gemeinsames Auftreten mit Herzbeschwerden und -erkrankungen werden immer wieder beobachtet. So berichten H. SCHWALB und R. HANIKA (264) und H. SCHWALB (265), daß die Adipositas mit zu den relevanten Risikofaktoren hospitalisierter psychischer Kranker zu zählen ist. Allerdings läßt sich, wie auch H.H. WIECK (324) aufführte nur sehr selten die Adipositas eindeutig als Folge eines Konfliktes und/oder eine Erkrankung feststellen. Besonders schwierig ist das bei neurotischen Erkrankungen.

S. VAISRUB (309) überschreibt seine Arbeit "Psychoneurosis and Obesity - The Hen and Egg Dilemma" und sieht darin eine wesentliche Ursache für die frustrierenden therapeutischen Mißerfolge ausgedrückt: Über neunzig Prozent der Adipösen werden nach erfolgreicher Gewichtsreduktion wieder rückfällig. Die diätetische Reduktion wird seiner Auffassung nach mit dem zunehmenden Verlust des psychischen Gleichgewichtes erkaufte. So gesehen würde die operative Therapie aus dem Zirkel führen, jedoch ist S. VAISRUB der Ansicht, daß die Operationstechniken und die Nebeneffekte diesen Weg bislang verbieten.

Zur Gewichtsreduktion schließt er: "Apparantly, this is eminent desirable, if only could be attained by a route other than dieting. Unfortunately, at the moment this goal is as remote of attainment as reaching heavenly paradise by a route other than dying" (309, S. 591).

Erklärung der Genese ist oft gleichbedeutend mit der Identifizierung der Adipositas als Symptom. Vor allem die biologisch orientierten Wissenschaftler erhoffen sich, aus in Tierexperimenten gewonnenen Ergebnissen, ein besseres Verständnis der Genese der Adipositas.

5. 2 Tierexperimente zur Genese der Adipositas

Über Tierexperimente zum Ziele der Erforschung der Adipositas gibt es eine umfangreiche Literatursammlung. Im wesentlichen werden zwei Ansätze verfolgt - die Suche nach Hirnregionen, nach Freßzentren, die für die Adipositas verantwortlich sind, und die Erforschung des endokrinen Zustandes und dessen Abhängigkeiten zur Fettsucht.

Diskutiert wird der Einfluß des ventromedialen Hypothalamus (VMH), dessen Zerstörung zu unkontrollierter Nahrungsaufnahme und Adipositas führt. Ausgedehnte Studien mit unterschiedlich gesetzten Läsionen (z.B. 265, 266) lassen den Schluß zu, daß die Nahrungsaufnahme durch einen Hemmechanismus reguliert wird, der durch mediale Gebiete des Hypothalamus gesteuert oder repräsentiert wird (28, 50, 95, 183, 210). D. HELDENBERG et al. (122) zeigen anhand einer Fallgeschichte eines Mädchens mit hypothalamischen Läsionen, daß diese Abhängigkeit auch bei Menschen Geltung hat. In einer späteren Arbeit kam R.M. GOLD (96) jedoch zu dem Schluß, daß das Entstehen der Adipositas noch von zwei zusätzlichen Bedingungen abhängt, nämlich von den Regionen, die durch die Läsion des nahe dem VMH gelegenen ventralen noradrenergischen "bundle" betroffen sind und einem bestimmten Reifestadium des Gehirns. Läsionen bei jungen Ratten führen zu einem verzögerten Beginn der Hyperphagie, die erst mit der Pubertät einsetzt.

N.E. ROWLAND (244) ging von der Erfahrung aus, daß adipöse Personen in unangenehmen, als "Streß" erlebten Situationen zu erhöhter Nahrungsaufnahme oder anderen oralen Aktivitäten wie Rauchen neigen (51, 253). Um die Gültigkeit dieses Zusammenhanges zu überprüfen, versetzten die Autoren Versuchstiere, Ratten, in leichten Streß, indem sie sie in unregelmäßigen Zeitabständen in den Schwanz kniffen. Die Reaktionen auf Streß blieben in diesem Fall nicht auf die orale Ebene begrenzt - bei Ratten konnte, in Anwesenheit von Weibchen eine erhöhte sexuelle Aktivität beobachtet werden. Waren gleichgeschlechtliche Ratten dagegen unter sich, so reagierten die mit Putzverhalten, was als "Übersprungshandlung" erklärt werden könnte. Interessant, daß leichter oder starker Streß - manipuliert durch die Reizstärke - immer dann zu Hyperphagie führte, wenn die Nahrung attraktiv, "appetitlich" für die Ratten war. CLARK und GAY (46) konnten experimentell zeigen, wie die Aktivitäten von Mäusen, beispielsweise deren Explorationsverhalten oder Anstrengungsbereitschaft, mit zunehmendem Körpergewicht abnahmen.

St.. SCHACHTER schließlich gelangte nach einigen Experimenten und kritischer Literaturdurchsicht zu der Ansicht, daß die Rolle des Hypo_thalamus beim Entstehen der Fettsucht sehr eingeschränkt zu sehen sei. Seiner Meinung nach kommen anderen Faktoren - der Attraktivität der Nahrung z.B. - wesentlich größere Bedeutung zu (s. VII). Widersprüchlich dazu sind jedoch viele experimentelle Befunde, wie beispielsweise jene Ergebnisse die J.J. COLBY et al. (50) publizierten. Sie konnten bestätigen, daß die Hyperphagie bei Ratten von VMH-Läsionen und nicht von der angebotenen Nahrung abhängig war.

Lerntheoretisch ausgerichtete Experimente sollten Aufschluß über die mögliche therapeutische Beeinflussung der Adipositas geben. So zeigte R. ELKINS (69) eine Möglichkeit zur Therapie von Alkoholismus und Adipositas auf, die er als Aversions-Therapie bezeichnet. Interessant ist eine 1976 publizierte Arbeit von

H.P. ZEIGLER (335), dessen Experimente mit Tauben darauf hinweisen, daß der Trigeminiusbereich verantwortlich für die Nahrungsaufnahme-Regulation ist. Bei Unterbrechung des Trigeminius-Nerven vor dem Eingang ins Gehirn konnte - also bei intaktem Gehirn, lediglich ohne Afferenzen aus dem Bereich des Trigeminius - beobachtet werden, daß die Tiere das Picken über den Zeitraum von etwa einem Monat einstellten und nur durch künstliche Ernährung am Leben gehalten werden konnten. Orale Empfindungen scheinen also bei der Nahrungsaufnahme-Regulation von zentraler Bedeutung zu sein.

Den vermeintlichen Widerspruch zu den Ratten-Versuchen, bei denen Läsionen des Hypothalamus zum verminderten Fressen führten, löst H.P. ZEIGLER durch den Nachweis auf, daß im Rattengehirn Hypothalamus-Läsionen ohne gleichzeitige Trigeminiusschädigung beinahe unmöglich sind. Experimente mit Trigeminius-Läsionen bei Ratten, gleichfalls als "Gegenprobe" geplant, bestätigen diese Erklärung. Der Autor schließt nach sehr vorsichtiger Interpretation seiner Befunde, daß die erhöhte Nahrungsaufnahme der Adipösen weniger durch Hunger als durch spezifische Empfindungsmuster aus der Mundgegend erklärbar ist. Er fordert zur weiteren Erforschung des Trigeminius-Systems auf, um somit "die anhaltende Freßwelle bei vielen Menschen zu verstehen und zu brechen" H.P. ZEIGLER (335, S. 22).

5. 3 Zur Physiologie der Fettsucht

Mit starkem Interesse wird daran gearbeitet, körperliche Entsprechungen der Adipositas zu finden. Es gilt unter anderem die Hypothesen zu überprüfen, die die Adipositas als Folge eines ungenügend funktionierenden Biologismus betrachten.

Im folgenden soll nur ein Abriß einiger Befunde gegeben werden. Auf eine detaillierte Darstellung kann verzichtet werden. Die zu referierenden Befunde gelten nämlich, soweit sie physiologisch

begründbare Ursachen der Adipositas betreffen, nur für einen sehr geringen Prozentsatz Fettsüchtiger, der aller Wahrscheinlichkeit nach höchstens drei Prozent ausmacht. M. BÜRGER und W. RIES (40) stellen fest, daß die in Betracht kommenden physiologischen Kennwerte bei Adipösen nicht gegenüber Normalgewichtigen verändert sind. Die erwartete deutliche Abhängigkeit zwischen Körpergewicht und Grundumsatz ist nachgewiesen. Es kann gezeigt werden, daß die Arbeitsökonomie beim Adipösen deutlich verschlechtert ist. Eineiige Zwillinge, von denen ein Mädchen beinahe doppelt so viel wie das andere wog, untersuchte B. RÜEDI (245). Erstaunlich war, daß alle biologischen Untersuchungen, bis auf die Ausscheidung der Kortikoide im Urin und die Fähigkeit Flüssigkeit auszutauschen, nahezu identische Werte ergaben. FLEISCH und W. RIES (zit. n. 104) dagegen konnten keine Unterschiede des Grundumsatzes zwischen Normal- und Übergewichtigen finden.

Bei der Untersuchung des Fett- und Zuckerstoffwechsels fanden F.A. GRIES et al. (103) in ihren Studien für Adipöse spezifische Muster. Veränderungen, besonders die Erhöhung des Blutfettspiegels, werden als Risikofaktoren der Arteriosklerose, insbesondere der Koronarkrankheit angesehen.

Über die Bedeutung von Anzahl und Größe der Fettzellen für die Adipositas arbeiteten M.A. ASHWELL und GARROW (8). Sie weisen auf die methodischen Schwierigkeiten hin, sie sich bei der Bestimmung dieser Werte ergeben. Besonders kritisch ist demnach das Maß des mittleren Fettzellendurchmessers zu bewerten. Sie warnen in diesem Zusammenhang vor der Annahme, daß über die Kenntnis dieser Maße die Entstehung der Adipositas erklärt werden könne. So ist nicht anzunehmen, daß eine geringe Fettzellenzahl jemanden "immun" gegen Fettsucht mache.

In den letzten Jahren wird eine weitere Möglichkeit der Adipositasentstehung diskutiert (E. JEQUIER zit. n. 104), die den

Wärmehaushalt betrifft. Es konnte gezeigt werden, daß zwischen aufgenommener Kalorienmenge und Gewichtsveränderung keine direkte Beziehung besteht. Trotz sehr stark erhöhter Kalorienzufuhr kann eine Gewichtszunahme ausbleiben, ebenso wie bei unterkalorischer Ernährung über kürzere Zeiträume hinweg das Körpergewicht nicht abnehmen muß (104, 237). Für den ersten Fall glaubt man eine Thermogenese des Organismus annehmen zu können: Überschüssige Kalorienangebote gehen nicht in Depots, sondern werden als Wärme abgegeben. Adipositas entstünde demnach, wenn bei einem kalorischen Überangebot die Fähigkeit zur "Luxuskonsumtion" (NEUMANN, zit. n. 104) fehlt.

Die Zusammenhänge sind außerordentlich komplex; bislang konnte noch kein abschließendes Urteil über die genaueren Einflußgrößen und deren Zusammenhang mit der Genese der Adipositas gebildet werden (237).

5. 4 Zur Psychologie der Fettsucht

Die teilweise widersprüchlichen Ergebnisse tierexperimenteller Forschungen, die erfolglose Suche einer körperlichen Begründung der Fettsucht, ermutigten dazu, die Adipositas unter psychologischen Aspekten zu untersuchen. Mit H. SALTIEL (252) läßt sich allgemein feststellen, daß aus psychologischer Sicht die Adipositas nicht Krankheit, sondern Symptom ist. Annahmen der Psychosomatischen Medizin dienen zur Klärung der Genese dieses Symptomes Fettsucht. Obwohl sie sich von tiefenpsychologischen Schulen bezüglich ihrer theoretischen Fundierung nicht trennen lassen, sollen die psychosomatischen Ansätze gesondert dargestellt werden. Zunächst soll aber kurz auf das EBverhalten Adipöser eingegangen werden.

5. 4.1 Angaben Adipöser zu ihrem EBverhalten

"Alle Dicken lügen" ist die unter Ärzten verbreitete Meinung, wenn es um die Frage der EBgewohnheiten Fettsüchtiger geht - die

alimentäre Fettsucht wäre also die seltenste Form, folgte man den Angaben der Betroffenen (324). W. RIES (237, S. 68) zitiert als besonders eindrucksvolles Beispiel die Aufzeichnungen des Dr. ZIMMERMANN, des Arztes König Friedrich II. von Preußen. So sagte eben Friedrich II. über seine Eßgewohnheiten: "Sie können sich nicht vorstellen wie mäßig ich bin, ich koste bloß die Speisen und esse nur um mich zu stärken". Dr. ZIMMERMANN konnte dabei noch wenige Tage vor dem Tod des Königs folgende Mahlzeit registrieren:

"Menü mit 11 Gängen, Suppe, Rindfleisch, Koteletts, Salm, Ochsenzunge, scharf gewürzte Fleischbrühe mit einem großen Eßlöffel voll von gestoßenen Muskatblüten und gestoßenem Ingwer. Das Rindfleisch wurde mit $1/4$ l Branntwein abgekocht. Als Nachschisch ein italienisches Gericht, zur Hälfte aus türkischem Weizen und zur Hälfte aus Parmesaner-Käse. Dazu Saft von ausgepreßtem Knoblauch. Alles in Butter gebraten bis eine fingerdicke Rinde entsteht. Außerdem ein ganzer Teller voll von einer Aalpastete, die so heiß und würzig war, daß sie in der Hölle gebraten schien. Dazu 1 Flasche Sekt".

Einen kritischen Überblick über mögliche Methoden zur Erhebung von Daten über das Ernährungsverhalten gibt Daniela SCHLETTWEINGSELL (260). Alle genannten Methoden sind aber entweder sehr aufwendig oder bieten nicht genügend Gewähr für Zuverlässigkeit. Selbstauskünfte müssen sicherlich mit größter Vorsicht interpretiert werden.

GELVIN, MCGAVACK und KENIGSBERG (zit. n. 237, S. 68) haben 108 Patienten über ihre Eßgewohnheiten befragt. Danach gab etwa die Hälfte der Übergewichtigen an, durchschnittlich mehr als andere zu essen. Das übermäßige Essen sei aber meist auf ein bestimmtes belastendes Ereignis hin erfolgt; die Patienten wollen damit offensichtlich ausdrücken, daß ihnen keinesfalls disziplinierte Eßlust zu unterstellen sei.

K. JAHNKE (141) untersuchte die Ernährungsweisen von 147 Personen über den Zeitraum von drei Jahren hinweg. Die Kalorienauf-

nahmen zeigen erhebliche Schwankungen, bei manchen Personen im Bereich von 1.700 bis 5500 Kalorien täglich. Die zeitliche Verteilung war unauffällig, lediglich der Anteil von Fetten in der Nahrung lag höher als bei der Durchschnittsbevölkerung.

5. 4.2 Adipositas aus der Sicht der Psychoanalyse

Hyperphagie, aus psychoanalytischer Sicht, ist aufzufassen als Störung der oralen Phase, der Adipöse ist somit von seiner Persönlichkeitsstruktur ein "oraler Charakter". O. FENICHEL (78, S. 240) schreibt ergänzend: "Every pregenital fixation necessarily changes the hormonal status. However, not all orally fixated patients become either obese or extremely thin. Probably this happens if an oral fixation coincides with a certain hormonal constitution. Many cases of obesity and extreme thinness belong in this category."

Über die Entstehung des oralen Charakters und des Symptomes Hyperphagie gibt es, in Anlehnung an die psychoanalytische Theorie einige Erklärungsansätze, die zum Teil auch schon empirisch überprüft sind. So haben H. THOMAE et al. (300) die Hypothese eines Zusammenhanges zwischen oraler Frustration und Persönlichkeit untersucht. Dabei geht die Annahme ein, daß über einen ungestörten Mutter-Kind-Kontakt während der Stillzeit das Entstehen eines "Urvertrauens" möglich wird. In späterer Kindheit drückt sich dies durch Sicherheit im Umgang mit anderen Menschen aus. Die Persönlichkeit im Sinne des "oralen Charakters" (Dominieren des Bedürfnisses anerkannt und geliebt zu werden; Sorge um geben und nehmen usw.) kann entstehen, wenn es während der oralen Phase zu Frustrationen - etwa durch zu frühes Abstillen - kommt. Schon vor THOMAEs Längsschnittstudie wurde diese Frage von einer ganzen Reihe von Autoren (BOWLBY, CHILD, LEVIN, MACCOBY, SEARS, SULLIVAN, WHITING und andere) mit widersprüchlichen Befunden beantwortet. Für den deutschen Sprachraum liegen meines Wissens nach keine Untersuchungen vor und auch H. THOMAE

et al. planten ihre Untersuchung ursprünglich nicht auf diese Fragestellung bezogen.

In einer Längsschnittstudie untersuchten H. THOMAE et al. (300) zu zwei Zeitpunkten die Dauer der Stillzeiten und Persönlichkeitsvariable wie Antrieb, Angepaßtheit, Stimmung, Differenzierung - insgesamt acht Persönlichkeitsaspekte. Lediglich in einem Merkmal zeigten sich statistisch bedeutsame Zusammenhänge, nämlich zwischen beurteilter Selbstsicherheit der Kinder in der Untersuchungssituation und langer Stilldauer, was die Autoren im Sinne einer Stützung von ERIKSONs Hypothese über die Bildung des Urvertrauens werten.

Im American Journal of Psychoanalysis berichtet D.H. INGRAM in einem dreiteiligen Artikel über "Psychoanalytic Treatment of the Obese Person". Im Teil I befaßt sich INGRAM mit der sozialen Einbettung der "Krankheit Fettsucht" und stellt den gesellschaftlichen Druck in Frage.

"Can we firmly conclude that obesity is generally harmful to health? Should the doctor and, in particular, the psychiatrist treat obesity uncomplicated by emotional or physical distress? As Pinsker has stated, the twentieth-century view of obesity may, like the nineteenth-century view of masturbation, reflect a cultural conviction of what is wrong and distasteful, rather than what is demonstrably harmful to one's health. If we decide to treat simple obesity without sufficient medical evidence that obesity leads to health impairment, then are we not wrongly promoting the view that "fat is bad"? If we treat obesity without adequate justification, we reinforce and lend further credence to externalizations of self-hate which the fat person has directed toward overweight. Yet if we do not treat our patients' complaint, they may go elsewhere to seek help and jeopardize their health in the process" (139).

Im zweiten Teil gibt er eine kritische Übersicht der angewandten Therapiemethoden um im Teil III auf die psychoanalytische Therapie einzugehen.

INGRAM gibt Ein- und Ausschlusskriterien für die psychoanalytische Behandlung an und betont, daß der Adipöse keine Behandlung spezifisch gegen die Fettsucht erhält und schlägt deshalb auch vor, Patienten abzulehnen, die ausschließlich wegen des Symptoms "Übergewicht" behandelt werden wollen. INGRAM beschreibt mit kleinen Beispielen aus seiner klinischen Praxis die Probleme, die bei der Adipositas therapie häufig auftauchen. Seiner - und er bezieht sich auch auf die Erfahrungen anderer Therapeuten - Auffassung nach gibt es unter den Hilfesuchenden eine kleine Gruppe Adipöser, die im Verlauf der Therapie eine sich nicht verändernde resignative Haltung zeigen.

"Those relatively few patients who show persistent resignation generally present a personal history consistent with schizoid or paranoid personality. For this group, fatness frequently provides a safeguard against psychosis by serving to justify intense selfreferential thinking. In my view, weight reduction is contraindicated for these persons unless there is effective mitigation of externalizing tendencies beforehand. Neither should persons who have shown substantial weight gain following schizophrenic decompensation receive any encouragement to reduce weight. This is true especially in those whose course has been chronic with evidence of progressive deterioration" (139, S. 40).

F. GOLDMAN (97) findet bei einem Vergleich mit Fragebogendaten, die neunzehn Charakterzüge erfassen sollen und Stilldauer, bei hundert Personen einen statistisch signifikanten Zusammenhang zwischen oralem Optimismus und Stillzeit.

Keinen Zusammenhang zwischen Stillzeit und Adipositas konnte A.H. CRISP et al. (57) finden. Regina R. KEITH und S.G. VANDENBERG (151) finden bei einem Vergleich von Normalpersonen und Adipösen

mit dem "Dynamic personality Inventory" keine Hinweise auf einen Zusammenhang zwischen Oralität und Körpergewicht.

Auf die Rolle der psychosexuellen Entwicklung beim Entstehen der Adipositas weist auch F. BROWN (31) hin, der anhand von Fallstudien jugendlicher Mädchen einen Zusammenhang sowohl der Adipositas als auch der Anorexia Nervosa erläutert. Ohne auf die spezielle Problematik der Anorexia Nervosa eingehen zu können, soll erwähnt sein, daß diese häufig als "Gegenpol" zur Adipositas, also als extrem gegenläufige Ausprägung ein und derselben Störung angesehen wird (55, 57, 275). Dafür sprechen beispielsweise die Untersuchungsergebnisse, die bei anorektischen Patienten vergleichbare psychische Beschreibungen wie bei Adipösen erbringen. F. LABHARDT (165) schreibt, daß beide Krankheiten große Ähnlichkeit aufweisen, da sie beide in gleichen emotionalen Gefüge zu sehen sind. Beide seien Ausdruck tiefer Störungen der Persönlichkeit und der sozialen Umwelt der Menschen.

A. CAZULLO et al. (44), die ebenfalls versuchten das psychoanalytische Modell empirisch zu überprüfen, fanden bei den von ihnen untersuchten adipösen Kindern die für den "oralen Charakter" typischen Merkmale wie Passivität, Abhängigkeit, Unfähigkeit Frustrationen zu ertragen und ein ausgeprägtes Unsicherheitsgefühl.

5. 4.3 Genese der Adipositas aus der Sicht der Psychosomatik

Ziele der Psychosomatik beschreiben S. STEPHANOS und U. AUHAGEN (285) damit, "Das Individuum als psychobiologisches Ganzes, in seinen Wechselwirkungen von primären physiologischen und differenzierten psychischen Vorgängen, zu erfassen. Als Krankheitslehre befaßt sich die Psychosomatik mit den somatischen Desorganisationen und beschreibt die intra- und interpsychischen Voraussetzungen, die zu deren Auftreten beitragen" (S. 37).

Das typische Schema der Entstehung psychosomatischer Erkrankungen nach H. HOFF (zit. n. 298, S. 272) sieht folgendermaßen aus:

- "Konstitution (die Gesamtheit der körperlichen Bedingtheiten)
- Psychische Traumen in der Kindheit
- Fixation emotioneller kindlicher Situationen
- dadurch Bestimmung der Lebensweise
- Traumatisierung bestimmter Organe via Vegetativum
- Auslösung der emotionellen Erkrankung durch (meist)
- Psychische Traumen in mittlerem Lebensalter
- Regression
- damit Wiederaufleben kindlicher Konflikte
- Fixierung der Konflikte mit chronischer emotioneller Reizung
- woraus das psychosomatische Syndrom entsteht".

W. BRÄUTIGAM, einer der führenden deutschsprachigen Vertreter der psychosomatischen Medizin, sieht als Bedingungen der psychosomatischen Erkrankungen eine Verbindung aus Psycho- und Organogenese. Anlagefaktoren haben einen vergleichbar starken Einfluß wie Umwelt- und individuelle seelische Bedingungen. Für die Genese werden "frühe Gewohnheitsbildungen im oralen Bereich" (27, S. 1208), anlagemäßig determinierte Fettzellenstrukturen und Sensibilisierungen zentralnervöser Strukturen - wobei auch das Limbische System eine Rolle spielt - vermutet. Spätere Eßgewohnheiten - auch hier greift man auf die Psychoanalyse zurück - können also als "orale Regression", als "Rückgriff auf die psychophysische Urerfahrung und Urbefriedigung des Essens" (27, S. 1208) verstanden werden. In diesem Zusammenhang werden die familiären Konstellationen der überprotektiven Mutter (z.B. 33) und des schwachen Vaters als Differenzierung gesehen; allgemein wird ein das Kind in seiner Motorik und Aggressionsauslebung einschränkendes Verhalten der Eltern als günstige Bedingung kindlicher Fettsucht angesehen. Interessant ist die Folgerung BRÄUTIGAMs für das therapeutische Vorgehen. Wegen der mangelhaften Identifikationsmöglichkeit des Patienten mit seinem

Therapeuten, haben sowohl Einzel- als auch Gruppenpsychotherapien wenig Erfolg. Besser ist dieser bei themenzentrierten Gruppen; am effektivsten arbeiten Selbsthilfegruppen - der Therapeut soll dem Patienten ein "positives Leitbild des Gesundheitsverhaltens" vermitteln (27, S. 1212). Die Therapie wird immer eine Langzeitbehandlung mit vielen Rückschritten sein, aber "eine lohnende Aufgabe", "die ärztliche Zeit und Kraft verdient" (S. 1212).

Ein ähnlich negatives Bild der Erfolgsaussichten bei der psychotherapeutischen Behandlung Fettsüchtiger zeichnet H. FREYBERGER, der sich ebenfalls als Psychosomatiker seit Jahren intensiv mit der Adipositas befaßt (80, 81).

Als Genese beschreibt er eine "neurotische Dynamik", die umschreibbar ist mit Stichworten wie "Infantilität mit starken Abhängigkeitswünschen", "depressive Reaktionsbereitschaften im Sinne der Abwehr aggressiver Triebwünsche gegen die eigene Person" und "Überempfindlichkeit gegenüber Versagungen" (80, 81). Essen ist für den Adipösen ein Zustand der "Züge von Subeuphorie" trägt, "bei Adipösen wird also aus Gründen psychologischer Abwehr eine bestimmte physiologische Funktion, die Nahrungsaufnahmeregulation, mißbräuchlich in Anspruch genommen".

F. LABHARD (165) nimmt Angst und Unsicherheit, gefolgt von schwerwiegenden Persönlichkeitsveränderungen bei Adipösen an. K. AMMON (3) macht die gestörte Mutter-Kind-Beziehung verbunden mit Stressoren aus der sozialen Umwelt für die Entstehung psychosomatischer Erkrankungen - und damit der Adipositas - verantwortlich.

Hilde BRUCH gehört mit zu den im Zusammenhang mit der Adipositas am häufigsten zitierten Autoren. Sie weist in ihrem Artikel "Psychologische Aspekte der Obesitas" auf den Konflikt hin, der durch die widersprüchlichen Forschungsbefunde entsteht. Sie meint, daß man mit Verallgemeinerungen vorsichtiger sein und

mehr die individuellen Bedingungen herausarbeiten solle. Ihre allgemeinen Beschreibungen der Adipösen decken sich, wegen ihrer gemeinsamen theoretischen Grundlagen, weitestgehend mit jenen der Psychosomatiker (35).

F. MEERWEIN gibt 1975 (197) einen Überblick über die Weiterentwicklungen psychosomatischer Aspekte bei der Adipositas. Demnach scheint es sich weitgehend durchgesetzt zu haben, bei der Fettsucht als Erkrankungsursache - wenn somatische Bedingungen ausgeschlossen werden können - von einem "Objektverlust" (Verlust einer nahen Beziehungsperson, ein inneres Leeregefühl oder aber eine exogene Drucksituation, z.B. Examen bei Studenten, (197, S. 289) zu sprechen.

Neurotisch Fettsüchtige sind häufig Einzelkinder; bei Frauen ist oft die "genitale Rezeptivität" (80) gestört und sie zeigen eine "pathologisch forcierte Mütterlichkeit (DEUTSCH)", zur Schwangerschaft haben sie eine ambivalente Beziehung. Männer sind häufig in ihrer maskulinen Aktivität und Aggressivität gehemmt. Sie gelten als "Muttersöhnchen" und treten in beruflichen Beziehung schüchtern auf (80). Psychoanalytisch ließe sich argumentieren, daß der Fettsüchtige Angst vor Verlust des Objektes oraler Wünsche - in erster Linie der Mutter - hat, psychisch manifestiert sich diese Angst in Depressionen. "Durch die Einverleibung der Nahrung, die symbolisch dieses Objekt verkörpert, also durch eine Triebverschiebung, wird versucht, diesen Verlust auszugleichen und gleichzeitig der damit verbundenen Depression Herr zu werden. Da diese Einverleibung mit Schuldgefühlen verbunden ist, muß sie gleichzeitig verleugnet werden. Fettsüchtige beteuern ja meist, "nicht viel" zu essen. In einer Art Selbsthaß wird dabei die Zerstörung des eigenen Körpers in Kauf genommen..." (197, S. 290).

F. MEERWEIN führt weiter aus, daß es bei der Fettsucht nicht nur eine Störung der Triebentwicklung und ihrer Abwehr zu berücksich-

tigen gilt, sondern in erster Linie eine Störung der "Selbst-Repräsentanten" (197, S. 291) vorliegt. Der Fettsüchtige ist - ebenso wie die Magersüchtige - "in einer Art Identifikation mit einer archaischen Mutterfigur", das heißt, das gehaßte Objekt (richtiger "Teilobjekt") wird durch Inkorporation zerstört" (197, S. 291).

R. BLOCH (20) vertritt die Auffassung, daß die weite Verbreitung der Fettsucht nicht allein als endokrinologische oder neurotische Störung verstehbar ist. Es genügt zum Verständnis der Adipositas nicht, Persönlichkeits- und Milieustrukturen jener Auswahl von Patienten zu untersuchen, die in ärztliche Behandlung gelangt, sondern es gilt, den "psychologischen Wert der Nahrungszufuhr und ihrer krankhaften Steigerung" (S. 64) zu erkennen.

"Das Nahrungsverhalten kann vom physiologischen Hunger ganz unabhängig werden und nur um seiner Erlebnisqualitäten willen an einer krankhaften Seelenverfassung mit beteiligt werden" (S. 65). Als letzte Ursache erkennt BLOCH die Todessehnsucht, die, begünstigt durch die zeitgeschichtliche Entwicklung als pathogene Situation zur Symptomwahl des Vielessens führt.

Entgegen der psychosomatischen Erklärung fanden C.P. HERMAN und Janet POLIVY (123) bei den von ihnen beobachteten Fällen wenig Evidenz für die Annahme, daß bei Adipösen das Essen einer Angstreduktion diene. Heute scheinen die meisten Autoren darin übereinzustimmen, daß die Adipositas als Symptom einer ganzen Reihe von möglichen Ursachen sein kann, und daß psychologische Faktoren eine gewichtige Rolle spielen (59, 82, 85, 101, 106, 293).

5. 4.4 SCHACHTERs External-Cue-Hypothese

St. SCHACHTERs Annahmen (254, 257) einer größeren Bedeutung äußerer Reize beim Zustandekommen des Hungergefühles bei Adipösen konnten mit vielen Experimenten belegt werden (212, 248).

Die Experimente V. PUDELs (228, 200) stützen ebenfalls die Annahme. Klinische Explorationen veranlassen viele Praktiker (Diskussionsbeiträge beim Erlanger Kongreß 1976) von einer "Dissoziation zwischen Hunger und Appetit" zu sprechen, womit die relative Unfähigkeit des Adipösen angesprochen wird, aufgrund innerer Wahrnehmungen "Hunger" zu identifizieren.

Mit vorgetäuschten Kalorien ließen sich Normalgewichtige deutlich weniger als Übergewichtige "sättigen" (225). In anderen Experimenten, in denen mit Hilfe einer konstruierten Füttermaschine die Menge des abgegebenen Speisebreis für die Versuchspersonen manipuliert werden konnte, nahmen Adipöse - im Sinne der SCHACHTERschen Annahmen der größeren Bedeutung externer Reize bei der Nahrungsaufnahme - sehr viel mehr Nahrung auf, wenn sie vermeintlich wenig zugeteilt bekamen. Normalgewichtige Versuchspersonen dagegen entnahmen dem Apparat unabhängig von der angezeigten Menge, eine relativ konstante Portion, die zur Sättigung reichte.

Vom Konzept der erhöhten Außenreizabhängigkeit ausgehend folgerten V. PUDEL et al. 1975 (zit. n. 229) die Existenz sogenannter "latent Fettsüchtiger" (analog Hilde BRUCHs "Thin-fat-People"), die, wie gezeigt werden konnte, oft ihr Leben lang nicht fett-süchtig werden. Dies kann als Beleg dafür gelten, daß die Außenreizabhängigkeit nicht als Folge, sondern Ursache der Adipositas angesehen werden kann.

St. SCHACHTER und L. GROSS (257) manipulierten die Uhren in einer Versuchssituation. Es zeigte sich, daß Übergewichtige entsprechend der angezeigten Tageszeiten Hunger bekamen - Normalgewichtige dagegen nicht. Als positiv kann die Anpassungsbereitschaft Adipöser im von R. GOLDMAN et al. (98) beschriebenen Experiment gesehen werden. Zeitverschiebungen, wie sie sich bei Atlantiküberquerungen ergeben, machten Adipösen deutlich weniger "zu schaffen" als Normalgewichtigen: Sie konnten ihre Bio-

rhythmen auf die veränderten äußeren Bedingungen deutlich besser einstellen.

St. SCHACHTERs Annahmen erscheinen - neben empirischer Evidenz - plausibel zu sein: Wenn Adipöse, besser potentiell Adipöse, nicht in der Lage sind, ihre verschiedenen emotionalen Zustände genügend zu differenzieren (255) und deshalb "Hunger" oder "Sättigung" bei ihnen primär durch externe Reize bestimmt werden, so ist es nicht verwunderlich, wenn sie in unserer "Überflußgesellschaft" den "cues" für attraktive Speisen erliegen und so notwendigerweise adipös werden.

In einem Experiment, das St. SCHACHTER mit R. GOLDMAN und A. GORDON 1968 (258) publizierte, konnte nachgewiesen werden, daß Normalgewichtige ihr Eßverhalten deutlich in Abhängigkeit ihrer emotionalen Zustände ändern. Adipöse dagegen zeigten ein Eßverhalten, das unter allen experimentellen Bedingungen induzierter Angst nahezu unverändert blieb.

Die SCHACHTERschen Hypothesen finden durch viele experimentelle Befunde Bestätigung (208, 209). Auch das recht bekannt gewordene Experiment von R.E. NISBETT und D.E. KANOUSE (211), in dem am beobachteten Einkaufsverhalten Adipöser und Normalgewichtiger gezeigt werden konnte, daß die Attraktivität der Nahrungsmittel bei Adipösen - im Gegensatz zu Normalgewichtigen - nicht durch Hunger erhöht wird, spricht für die Richtigkeit der SCHACHTERschen Hypothese.

R.A. BROWN und R.J. WILLIAMS (32) fanden, daß SCHACHTERs Hypothese nicht für die Flüssigkeitsaufnahme gilt. Der Bedarf an Getränken wird entweder nach anderen Prinzipien geregelt oder SCHACHTER hat den Einfluß externer cues überinterpretiert.

V. PUDEL (225) reichte adipösen Versuchspersonen flüssige Nahrung und täuschte einmal apparativ verschiedene Mengen, ein

andermal verschiedene Kalorien vor. In beiden Experimenten richteten Adipöse deutlich stärker ihre Nahrungsmenge auf die vorge-täuschten Werte ein; Normalgewichtige können demnach besser wahr-nehmen, was sie tatsächlich zu sich nehmen. Auch diese Befunde können im Sinne der SCHACHTERSchen Hypothese interpretiert wer-den.

M. CABANAC und R. DUCLAUX (42) fanden bei Adipösen, denen sie Glukose verabreichten, ein Ausbleiben der bei Normalgewichtigen beobachtbaren Sättigungs- und Aversionsreaktionen. Sie werten ihre Befunde im Sinne der SCHACHTERSchen Hypothese einer herab-gesetzten Sensibilität gegenüber inneren Zuständen.

Interessant ist in diesem Zusammenhang die Untersuchung von E.S. PARHAM et al. (215), die den negativen Zusammenhang von Körpergewicht und Fähigkeit zur adäquaten Identifizierung in-terner Hungerreize nicht bestätigen konnte. Bei der Untersuchung Normalgewichtiger fanden sie sexuelle Differenzen: Männer konn-ten ihre inneren Reize relativ gut identifizieren, Frauen dage-gen nicht. In dem schon vorher beschriebenen Experiment von R.J. McKENNA (190) ließ sich die External-Cue-Hypothese ebenfalls nicht empirisch bestätigen.

Gloria LEON und Karin CHAMBERLAIN (172) fanden bei einem Ver-gleich Adipöser, die mit Erfolg eine einjährige Reduktionskur hinter sich gebracht hatten, mit einer Gruppe erfolgloser Teil-nehmer, dass die SCHACHTERSche Hypothese nur mit den Ergebnissen der erfolglosen Teilnehmer Bestätigung finden konnte.

6. Psychologische Beschreibungen der Adipositas-Persönlichkeit

Obwohl die Psychoanalyse und die mit ihr engverbundenen Vorstel-lungen der Psychosomatiker ebenfalls psychologische Beschreibun-gen der "Adipositas-Persönlichkeit" liefern, wurde den folgen-den Befunden ein eigener Abschnitt eingeräumt. Es sollen hier

Autoren referiert werden, die Teilaspekte zur Persönlichkeitsbeschreibung liefern.

M.L. GLUCKSMAN (92) gibt 1972 nach Durchsicht der Literatur und aufgrund eigener Erfahrungen eine differenzierte Beschreibung des "Adipösen" aus psychologischer Sicht. Er findet, daß adipöse Kinder gemeinhin hohe IQ-Werte erreichen, wobei der Verbal-IQ über dem Handlungs-IQ-Wert liegt. Häufig haben diese Kinder ein gestörtes "Body-Image" und Probleme mit ihrer sexuellen Identität. Ihre Gefühle, etwas besonderes zu sein und über große Fähigkeiten zu verfügen, kaschieren Empfindungen wie gehaßt und abgelehnt wegen ihrer tatsächlichen Insuffizienzen und physischen Erscheinung zu sein. Die Kinder leiden an den sozialen Konsequenzen, die mit ihrer Fettsucht zusammenhängen, sie sind Zielscheibe der Lächerlichkeit von Schulkameraden oder Gleichaltrigen, sind scheu, überempfindlich und verschlossen.

MONELLO und MAYER (zit. n. 92) verglichen Mädchen eines "Weight-Reduction-Camp" mit jenen eines typischen Ferienlagers. Sie fanden hohe Ähnlichkeiten zwischen Adipösen und Mädchen ethnischer oder rassistischer Minoritäten, die Opfer starker Vorurteile waren. In den Tests zeigten sich besonders erhöhte Empfindlichkeit, Passivität und Zurückgezogenheit, verbunden mit dem Gefühl des Isoliert- und Zurückgestoßenseins. Die Autoren halten es für nicht entscheidbar, ob Persönlichkeits- und Verhaltensbesonderheiten Ursachen oder Folgen der Adipositas sind.

Hilde BRUCH (33) unterscheidet vier verschiedene psychologische Reaktionsmuster bei Adipösen. Nach ihren Beobachtungen gibt es unter den Adipösen psychisch unauffällige Personen, bei anderen kann festgestellt werden, daß vorhandene neurotische Konflikte nicht im Zusammenhang mit der Adipositas stehen, diese jedoch als rationale Erklärung für ihre Konflikte angegeben wird. Von diesem Typus ist die Entwicklungs-Adipositas (Developmental Obesity) zu unterscheiden. Hier entwickelt sich die Adipositas

schon in der Kindheit. Die Personen zeichnen sich durch eine extrem geringe Frustrationstoleranz aus, erheben für sich selbst einen relativ hohen Leistungsanspruch, hinter dem sie meist mit ihrer tatsächlichen Befähigung und Leistung zurückbleiben. Die Regel ist, daß diese Personen geradezu pathologische Abhängigkeiten eingehen.

Die dritte Form benennt BRUCH reaktiver Adipositas (Reactive Obesity), die gewöhnlich als Folge eines traumatischen Ereignisses, etwa eines Verlustes, eintritt. Die Hyperphagie ist die Methode zur Angst- und Spannungsreduktion.

Schließlich beschreibt BRUCH noch die Gruppe der "Thin-Fat-People", womit jene gemeint sind, die erfolgreich abgenommen haben und wieder "normal" aussehen. Sie bleiben jedoch mit ihrem Körper beschäftigt, "vorbelastet" und sind chronisch unzufrieden. Ihre neurotischen Konflikte drücken sie durch ständige Beschäftigung mit Eßbarem und Versagen solcher Befriedigungen aus. Eine Veränderung der Persönlichkeitsstruktur nach erfolgter Gewichtsabnahme haben auch andere Autoren beobachtet, wie zum Beispiel E.G. HUBER 1968 (132), der von einer völligen Änderung der Persönlichkeit spricht.

Die Unterscheidungen, die Hilde BRUCH für die Adipositas-Typen trifft, konnten in anderen Untersuchungen nicht immer nachvollzogen werden. Eine Reihe dänischer Autoren, wie IVERSEN et al., L. ØSTERGAARD oder K. TOLSTURP (zit. n. 227) konnten weder einen Hinweis auf "die" spezifischen Entwicklungsbedingungen der Adipositas finden, noch stellten sie verallgemeinerbare Gemeinsamkeiten der Mutter-Kind-Beziehung fest. V. PUDEL (227) kommt aufgrund eigener Experimente und der Verarbeitung einschlägiger Literatur zu dem Schluß, daß es sinnvoll ist, die juvenile Fettsucht von der Erwachsenen-Fettsucht zu unterscheiden. Bei der juvenilen Adipositas haben psychosoziale Faktoren eine weitaus größere Bedeutung. Zu spezifischen Bedingungen, die in der Mutter-Kind-Beziehung zur Entstehung der Adipositas beitragen,

können bislang noch keine konkreten Angaben gemacht werden. Bei Erwachsenen wie bei Kindern ist es derzeit nicht möglich, einen bedeutsamen psychologischen Befund zu liefern, der Adipöse von Normalgewichtigen sicher unterscheiden läßt, und der als ursächlich für die Übergewichtigkeit angesehen werden kann (202).

Anhand von Fallstudien (333) konnte gezeigt werden, daß Essen für viele Fälle als Substitut anderer, unbefriedigbarer Wünsche fungiert. Diese psychologisch triviale Annahme ist im wissenschaftlich unanfechtbaren Experiment meines Wissens nach noch nicht bestätigt worden. Unspezifische emotionale Spannungen und Essen als Belohnung für das Ertragen schwieriger Lebenssituationen gibt W.W. HAMBURGER (113) als relativ verlässliche Merkmale Adipöser an. Auch er bestätigt eine häufig vorfindbare depressive Persönlichkeitsstruktur. J. MAYER (zit. n. 15) meint, daß sich Adipöse durch Mangel an Willenskraft auszeichnen. M.Y. QUERESHI (232) fand aufgrund eines Experimentes mit Normalgewichtigen, Adipösen und einer Gruppe ehemals Adipöser einen statistisch bedeutsamen ($P < 0.05$) Zusammenhang zwischen Fettsucht und Identifikation mit der Mutter, die über Selbst- und Fremdeinschätzungen an Schülerinnen ermittelt wurde.

D. SINGH (274) ist der Auffassung, daß sich Adipöse durch ein gegenüber Normalgewichtigen generell eingeschränktes kognitives - und Verhaltens-Repertoire auszeichnen. Es fällt ihnen schwerer, eine Gewohnheit aufzugeben. So sind sie also "doppelt" im Nachteil, wenn sie eine so positiv besetzte, lustvolle Gewohnheit, wie das Essen, aufgeben sollen. R.J. McKENNA (190) untersuchte 56 Adipöse und normalgewichtige Studenten, die annahmen, an einer Marktforschungsstudie zur Bewertung eines neuen Produktes teilzunehmen, dessen Geschmack und Qualität es zu beurteilen gelte. Die Variablen Körpergewicht, Menge des gegessenen Produktes und Angstniveau wurden kontrolliert. Es zeigte sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen Körpergewicht und Angstniveau. Kein Zusammenhang konnte zwischen der verzehrten

Menge, dem Körpergewicht und der Attraktivität des verzehrten Produktes gefunden werden. J. HOLLAND et al. (128) fanden bei einem Gruppenvergleich zwischen normalgewichtigen, übergewichtigen und extrem übergewichtigen Frauen keine Unterschiede bezüglich psychischer Auffälligkeiten. E.V. LECKIE und R.F. WHITERS (169) stellten bei Adipösen einen erhöhten Depressions-Skore fest. M.J. HEWITT (124) konnte zeigen, daß zwischen Hungergefühl und negativer Stimmung, Sättigung und positiver Stimmung ein Zusammenhang besteht.

Gegen die Annahme der Abhängigkeit von Angst, Depression und Adipositas sprechen Befunde von M.J. SEGERS und C. MERTENS 1974 (267). Sie fanden bei adipösen Männern (N = 1700) geringere Angst- und Depressionswerte als bei normalgewichtigen und schlanken Männern (siehe auch 268).

E.E. ABRAMSON und R.A. WUNDERLICH 1972 (1) stellen keinen Unterschied der Essensmenge von Normalgewichtigen und Adipösen in einer angstbesetzten Situation fest. Sie deuten dieses Ergebnis als Widerspruch zum psychosomatischen Konzept. Auch die Ergebnisse die C.P. HERMAN und Janet POLIVY (123) veröffentlichten, liefern keine eindeutigen Hinweise auf eine angstreduzierende Wirkung des Essens.

7. Experimentelle Befunde zur Adipositas

Seit Jahren ist die Psychologie bemüht, die Besonderheiten adipöser Menschen zu erforschen. Neben den umfassenden Theorien der tiefenpsychologisch orientierten Autoren und den experimentellen Befunden zur Prüfung dieser Theorien, gibt es eine Reihe von Einzelbeobachtungen, die die Besonderheiten Adipöser beschreiben.

7. 1 Zum ESverhalten Adipöser

D.J. GAUL (87) beobachtete das ESverhalten von normal- und

übergewichtigen Kunden einer Gaststätte, die sich auf den Verkauf von "Hamburgern", "Pommes frites" und "Limonaden" spezialisiert hat. In die Beobachtungsstudie wurden nur Kunden einer bestimmten Altersgruppe, die eine komplette Mahlzeit kauften, einbezogen. Es wurden je fünfundzwanzig männliche, weibliche, normal- und übergewichtige Kunden von Experten hinsichtlich ihres Essverhaltens beurteilt; merkte einer der Kunden, daß er beobachtet wurde, so schied er aus der Studie aus. Es konnten statistisch bedeutsame Unterschiede zwischen den Normal- und Übergewichtigen festgestellt werden. Adipöse nahmen pro Mahlzeit mehr Bissen zu sich und kauten diese weniger oft und lang. Adipöse sind also eher "Schnellesser".

S.W. HILL und N.B. McCUTCHEON (125) zeichneten das Essverhalten von sieben Normal- und sieben Übergewichtigen bei vier Mahlzeiten mit Videoband auf. Einmal hatten die Versuchspersonen, Studenten, wenig oder viel Hunger, die Mahlzeiten waren einmal sehr das andere mal weniger attraktiv. Es zeigte sich, daß mit der Vorliebe für die Speise und der Intensität des Hungers die Essensmenge, die Essensdauer und die Anzahl der Bissen signifikant zunahmen. Adipöse aßen mehr Gramm pro Sekunde. Von beliebten Speisen nahmen sie deutlich mehr, von unbeliebten deutlich weniger als Normalgewichtige zu sich.

K.E. WARNER und S. BALAGURA (315) berichten 1975 ähnliche Experimente; einmal wußten die Versuchspersonen, daß sie beurteilt wurden, das andere mal nicht. Es zeigten sich deutliche Unterschiede zwischen den beiden Versuchsbedingungen.

J.M. PRICE und J. GRINKER (230) untersuchten im Rahmen eines "Geschmacks-Tests" die Menge der verzehrten Proben (Crackers) in Abhängigkeit zum Körpergewicht unter zwei Versuchsbedingungen. Einmal waren die Versuchspersonen - Normal- und Übergewichtige - hungrig, ein andermal gesättigt. Adipöse aßen unter beiden Bedingungen mehr als Normalgewichtige. Außerdem korrelierte bei inner

die Menge mit der Beliebtheit, der positiven Bewertung des Geschmacks, deutlicher als bei den Normalgewichtigen.

R.L. HUENEMANN (134) untersuchte das Eßverhalten von Adoleszenten. Sie fand, daß bei jungen Menschen die aufgenommenen Kalorienmengen sehr stark variierten; extremste Werte waren 635 und 4700 Kalorien pro Tag. HUENEMANN kontrollierte neben der Menge auch die Bestandteile der aufgenommenen Nahrung, wie Kalzium, Eisen oder Vitamin A. Adipöse Teenager, so fand HUENEMANN, essen gewöhnlich weniger oft und dabei nicht immer mehr als Normalgewichtige. Sie schließt, daß nicht allein die Kalorienmenge, sondern die Menge in Relation zum Bedarf die Adipositas bedingt: Bei Adipösen ist generell eine geringe körperliche Aktivität zu beobachten.

A.J. STUNKARD (296) später auch H. FREIBERGER (23) beschreiben ein für Adipöse typisches Eßverhalten. FREIBERGER (23, S. 100) gibt diese Verhaltensweisen so treffend wieder, daß sie hier zitiert werden sollen:

"1. Zusammen mit stärkeren Appetitempfindungen kommt es zu einem anfallsartig auftretenden, geradezu rauschartig ablaufenden Eßvorgang mit Verzehr großer Nahrungsmengen und nachfolgend faßbaren Sättigungsempfindungen ("Binge Eating"). Diese Abläufe wurden von amerikanischen Autoren mit dem Begriff "oraler Orgasmus" umschrieben.

2. Es gibt Patienten, bei denen fast ständig Appetitempfindungen bestehen. Hier erfährt die erhöhte Nahrungszufuhr keine Konzentration auf die Mahlzeiten, sondern verteilt sich eher auf den ganzen Tagesverlauf. Solche Patienten, die praktisch als "Daueresser" imponieren, zeichnen sich nicht selten durch eine subeuphorische Stimmungslage aus.

3. Bei Fehlen vorangehender, deutlich faßbarer Appetitempfindungen kommt es unter dem Eßvorgang zum Auftreten erhöhter Appetenzen, die jetzt einen Verzehr größerer Nahrungsmengen bedingen; gleichzeitig scheint die Sättigungsempfindung herabgesetzt zu

sein ("Eating-without-satiation"). Von diesem Ablauf sagt der Volksmund, "der Appetit kommt mit dem Essen".

4. Das vornehmlich in den USA beobachtbare sogenannte "Night-eating-syndrome" äußert sich in abends und nachts manifesten Neigungen zu erhöhter Nahrungszufuhr; zusammen mit dem Unvermögen, den Eßvorgang zu beenden. Ferner lassen sich bei den Patienten Ein- und Durchschlafstörungen sowie morgendliche Appetitminderungen nachweisen".

J.E. MEYER und A. TUCHELT-GALLWITZ (202) bekamen nur von etwa der Hälfte der befragten Adipösen die Auskunft, daß sie ihren Hunger als "normal" empfänden. Eine klare Abgrenzung zwischen Hunger und Appetit gelang den meisten der Befragten nicht. Hinsichtlich der Appetitschwankungen ergeben sich keine Unterschiede zu Normalgewichtigen. Nächtliches Essen (A.J. STUNKARDs "Night-eating-syndrome") gaben nur drei der Befragten an, ein typischer Fall, wie ihn A.J. STUNKARD beschrieben hat, konnte nicht gefunden werden. Beim Eßverhalten fallen einige Unterschiede auf. So geben die Adipösen an, häufiger als Normalgewichtige zwischen den Mahlzeiten zu essen, Kochrezepte zu sammeln, in der Familie über Essen zu sprechen, länger ohne Essen auszukommen. Weniger häufig geben sie an, Alkohol zu trinken oder zu rauchen; jedoch äußern vier Prozent der Adipösen gegenüber drei Prozent der Normalgewichtigen, größere Alkoholmengen zu konsumieren.

Heide POHLE-HAUSS und W.J. SCHRAML (224) beschreiben zwei typische Eßverhaltensweisen bei adipösen Knaben. Die Eßgewohnheiten der einen Gruppe beschreiben sie mit mehr passiv-rezeptiv: "sie aßen genießerisch, was ihnen von Müttern, Tanten und Großmüttern angeboten wurde". Die andere, weniger häufig vertretene Gruppe, zeigt sich in ihrem Eßverhalten "mehr aktiv-aggressiv" (224, S. 270).

7. 2 Experimentelle Überernährung

Unterstellt man, daß es Unterschiede im Eßverhalten Adipöser im

Vergleich zu Normalgewichtigen gibt, und daß Adipöse gemeinhin mehr essen, so gilt es doch einige Ausnahmen zu berücksichtigen. Es gibt - neben der Alltagsbeobachtung - gesicherte Befunde, daß nicht alle, die extrem und viel essen, auch dick werden, oder alle Dicken auch extrem viel essen. Auch aus der Tierzucht sind solche Befunde bekannt. Hier spricht man von "guten" beziehungsweise "schlechten Futterverwertern".

Bis auf wenige Untersuchungen zu diesem Problem sind methodische Schwierigkeiten bei der Überwachung der aufgenommenen Nahrung nicht immer sicher gemeistert (237). Sehr wahrscheinlich ist, daß die manchmal schwer erkennbare Abhängigkeit von Nahrungsmenge und Körpergewicht durch eine Vielzahl biologischer Faktoren begründet ist. Die VERMONT- und die CARDIFF-Studie sollten aus biochemischer Sicht diese Abhängigkeiten untersuchen. In beiden Studien wurden freiwillige Versuchspersonen "gemästet"; die Nahrungsmenge, die physiologischen Reaktionen und das Befinden der Versuchspersonen registriert.

In der VERMONT-Studie wurden neun Insassen des Staatsgefängnisses 45 Tage bei erhöhter körperlicher Aktivität mit hochkalorischer Nahrung versorgt. Die zweite Phase, 155 Tage lang, diente einer maximalen Gewichtszunahme. Die Aktivität wurde eingeschränkt, die Kalorienzufuhr wurde auf sechs- bis zehntausend Kalorien pro Tag gesteigert, um eine Gewichtszunahme zwischen fünfzehn und fünfundzwanzig Prozent des Körpergewichtes zu bewirken. In einer dritten Phase schließlich wurde die Aktivität stark erhöht, die Nahrung ad libitum gegeben - diese Phase diente der Gewichtsabnahme. Es zeigte sich neben medizinisch interessanten Veränderungen der physiologischen Bedingungen lediglich eine Vergrößerung der Fettzellengröße, jedoch keine Vermehrung der Fettzellen. Die Versuchspersonen klagten über eine verminderte Antriebskraft, bei körperlicher Arbeit über Atembeschwerden. Eine herabgesetzte Leistungsfähigkeit konnte jedoch nicht nachgewiesen werden.

Anhand der CARDIFF-Studie konnte gezeigt werden, daß die Nahrungsmenge pro Zeiteinheit für die Stoffwechselvorgänge von großer Bedeutung ist. Gibt man die gleiche Kalorienzahl in wenigen Portionen oder in vielen kleinen Portionen über den Tag verteilt, so lassen sich deutliche Unterschiede zeigen: Im letzteren Fall wird eine schwächere Gewichtszunahme und Ausbleiben der bei überkalorischer Ernährung typischen Stoffwechselveränderungen beobachtet.

8. Adipositas und Verhaltensbeschreibungen

Ergebnisse aus Einzeluntersuchungen, deren Einordnung in größere Zusammenhänge bislang Schwierigkeiten bereiteten, sollen hier kurz dargestellt werden. P. PLINER et al. (222) untersuchten die emotionalen Reaktionen von normal- und übergewichtigen Erwachsenen und Kindern auf positiv und negativ affektiv besetzte Reize (Dias von attraktiven Mädchen und blutigen menschlichen Organen auf einem Autopsietisch). Die Versuchspersonen gaben ihre Urteile mit Hilfe von Rating-Skalen ab; das Verhalten der vier Gruppen wurde beobachtet. In beiden Studien zeigte sich, daß Adipöse stärker auf die affektiv positiv besetzten Stimuli reagierten. In einem zweiten Experiment sollten bei Kindern die Reaktionen in einer angenehmen und unangenehmen Situation untersucht werden. Die Reaktionen wurden anhand eines Beurteilungsbogens registriert. Zuerst wurde den Kindern gesagt, daß ihnen Blut abgenommen werden müßte. Nach dem Einstich der Nadel und der Beendigung der Blutabnahme - Beendigung der aversiven Situation - wurden die Kinder mit positiver Zuwendung durch die Schwestern bedacht und in ihre Zimmer zurückgebracht. Es zeigte sich hier, daß die adipösen Kinder schneller zu weinen aufhörten, wenn die "positive Situation" begann. Sie reagierten aber nicht stärker als die Normalgewichtigen auf die aversive Situation. Bei diesem Experiment war allerdings die Gruppe Adipöser mit durchschnittlich 18,5 Prozent Übergewicht zu wenig deutlich von den Normalgewichtigen verschieden. Die Autoren schränken auch ein, daß die Aus-

wahl von Patienten für ihr zweites Experiment nicht ganz glücklich war. Insgesamt interpretieren sie ihr Experiment als Stützung der SCHACHTERschen Hypothese der stärkeren external-cue Abhängigkeit Adipöser.

Eine ganze Reihe von Untersuchungen, neuerdings im Forschungsrahmen der Medizinischen Psychologie, beispielsweise am Institut von Prof. H. ZENZ in Ulm, beschäftigen sich mit den Variablen, die die Hilfsbedürftigkeit von Menschen vermitteln. R.M. TIPTON und S. BROWNING (302) untersuchten die Bedeutung der Variablen Alter und Übergewicht. Ihre Hypothese, daß die Verbindung beider Merkmale die größte Hilfsbereitschaft hervorgerufen müßte, konnten sie experimentell bestätigen. Dazu instruierten sie vier etwa gleich große Frauen, von denen zwei jung, zwei alt, zwei normalgewichtig und zwei adipös waren. In einer Standardsituation ließen diese vier Personen eine Einkaufstasche mit Inhalt auf einem Parkplatz fallen. Von Beobachtern wurde das Verhalten der Versuchspersonen - zufällig anwesende Käufer - unauffällig registriert. Insgesamt wurden so über zweihundert Personen beobachtet. Der jungen normalgewichtigen Frau wurde bei sechzig Versuchen kein einziges Mal geholfen, der jungen Adipösen halfen dagegen zehn Prozent der Beobachteten. Der 61 jährigen nicht adipösen Frau halfen 35 Prozent, der 50 jährigen Adipösen dagegen 71 Prozent. Obwohl die Autoren ihre Testpersonen instruierten, den Blickkontakt mit den Versuchspersonen zu meiden und im übrigen ein möglichst standardisiertes Verhalten zu zeigen, kann ein Testpersoneneinfluß nicht ausgeschlossen werden. Eindrucksvoller wären die Ergebnisse nach Meinung der Autoren, wenn mehrere Testpersonen zur Verfügung gestanden hätten. Jedenfalls scheint deutlich zu sein, daß die Variable "Adipositas" dazu beiträgt, bei Mitmenschen Hilfsbereitschaft zu aktivieren.

E. KUHN et al. (164) verglichen die Lernleistungen bei sinnlosen Silben von siebzehn Normal- und neunzehn Übergewichtigen mit sechsunszwanzig neurotischen Personen. Adipöse und Neurotiker

lernten langsamer und hörten auch deutlich früher mit dem Lernen auf als die Gruppe der Normalpersonen. Die Autoren führen die Minderleistungen mehr auf emotionale Gespanntheit als auf einen intellektuellen Defekt zurück.

J. RODIN und J. SLOCHOWER (241) untersuchten Lernleistung und Nachgiebigkeit von Adipösen. Adipöse lernten dabei mit trainierten Versuchsleitern unterschiedlich schwierige sinnlose Silben. Die Versuchsleiter - Adipöse und Nichtadipöse - zeigten dabei drei unterschiedliche Verhaltensweisen: "Nice condition", "neutral condition" und nasty condition". Die Versuchs-Leiter waren nicht über den Zweck des Experimentes informiert. Die Adipösen zeigten sich als stark abhängig vom Verhalten der Person, die den Wunsch, die Aufforderung vortrug. Dabei gaben sie eher Normalgewichtigen als Adipösen nach. Sie lernten offensichtlich besser konkrete Hauptwörter und zeigten die relativ schlechteste Lernleistung bei sinnlosen Silben.

D.C. GLAAS et al. (91) untersuchten die Beeinflußbarkeit Adipöser. Dazu überzeugten sie ihre Versuchspersonen, Adipöse, untergewichtige und normalgewichtige Personen erst in eine und dann in die entgegengesetzte Richtung bei vier verschiedenen Themen. Sowohl Adipöse als auch Untergewichtige zeigten größere Meinungsänderungen als Normalgewichtige. Versuche, dieses Ergebnis in Zusammenhang mit Persönlichkeitsvariablen oder Wahrnehmungsfaktoren wie field dependence zu bringen, waren nicht erfolgreich. Feststellen können die Autoren lediglich, daß die untersuchten Personen mit abnormem Gewicht - Unter- oder Übergewicht - leichter überredbar sind als Normalgewichtige.

D.E. THORNE et al. (301) fanden bei der Testung von 258 Übergewichtigen Studentinnen stark erhöhte Werte in einem Test, der die Bereitschaft sich hypnotisieren zu lassen erfaßt (HARVARD GROUP SCALE of Hypnotic Suszeptibility). Die Autoren sind aller-

dings nicht sicher, ob dies als genereller Persönlichkeitszug Adipöser zu werten ist.

S. COULTER et al. (54) untersuchten je vierzig Normalgewichtige und Adipöse hinsichtlich ihrer Beurteilungen von "cartoons" z.B. mit neutralen, feindseligen oder essensbezogenen Inhalten unter den Bedingungen "vor" und "nach dem Essen". Entgegen der Hypothese, daß die Bedingungen unterschiedlichen Einfluß auf die Beurteilungen der Normal- und Übergewichtigen nehmen, konnten keine statistisch bedeutsamen Unterschiede zwischen den Beurteilungen festgestellt werden. Die Autoren vertreten jedoch die Ansicht, daß die - hier als Tendenzen ausgeprägten Hinweise - bei sorgfältiger Überprüfung und strenger kontrolliertem Versuchsplan entsprechend der Hypothesen deutlicher ausfallen würden. Ein Proband, der hungrig ist, besonders ein adipöser Proband, sollte als Ausdruck seiner Motivationslage eher cartoons mit essensbezogenen, humorvollen Situationen bevorzugen.

Schon früher hatten E. CRUMPTON et al. (58) eine ähnliche Untersuchung durchgeführt. Im Verlauf einer stationären Fastenkur legten sie sechsundzwanzig adipösen Patienten Listen mit angefangenen Worten und Wortstämmen vor, die zu ergänzen waren. Die Hypothese war, daß während der Fastenkur häufiger Wörter genannt werden, die mit Essen oder Nahrungsmitteln zu tun haben. Dies bestätigte sich allerdings nur bei den ersten Nachuntersuchungen; im Verlauf der Diätkur verlor sich die Tendenz.

8. 1 Adipositas, Alkoholkonsum und Rauchgewohnheiten

Von Fettsucht wird häufig gesprochen, um das suchtähnliche der Hyperphagie zu betonen (298). Damit ist die sehr hohe Therapieresistenz ebenso angesprochen wie die relative "Willensschwäche" des Adipösen, seine Unfähigkeit, von der "Droge" Speise zu lassen. So ist es naheliegend zu untersuchen, inwieweit die "Eß-Sucht" zusammen mit anderen Süchten, Rauchen oder Alkoholkonsum

auftritt, oder inwieweit sich Persönlichkeitszüge, die man bei Suchtkranken und Abhängigen findet, auch bei Adipösen nachweisen lassen.

Die Zusammenhänge von Rauchen und Adipositas wurden in einigen Studien untersucht. Bei der Durchsicht der Literatur könnte jedoch keine Arbeit gefunden werden, die sich explizit mit dem Problemzusammenhang Alkoholkonsum und Adipositas auseinandersetzt. J.E. MEYER und A. TUCHELT-GALLWITZ (20) fanden bei ihren Befragungen unter den Familienangehörigen Adipöser in etwa fünfundzwanzig Prozent der Fälle chronische Alkoholiker.

An einer Stichprobe von 17836 Angestellten und Arbeitern zweier Stahlwerke untersuchten T. KHOSLA und C.R. LOWE (153) die Zusammenhänge zwischen Körpergewicht und Rauchgewohnheiten. Die wesentlichsten Ergebnisse dieser Untersuchung: Nichtraucher - unabhängig von der sozialen Klasse - waren durchschnittlich schwerer als ihre gleichaltrigen Kollegen, die rauchten. Das Körpergewicht war bei denen, die nie geraucht hatten, in den niederen sozialen Schichten größer. T. KHOSLA's Befunde reichen auf Untersuchungen des Jahres 1967 zurück. Die Abhängigkeit des Übergewichtes von der sozialen Schichtung scheint ein selten beobachteter Sachverhalt zu sein (154). E.G. HOWELL (131) konnte keinen Zusammenhang zwischen Übergewicht und sozialer Klasse finden. Nur wenn die Rauchgewohnheiten unberücksichtigt bleiben, läßt sich aus HOWELL's Daten ein Zusammenhang zwischen sozialer Klasse und Gewichtszunahme über die Altersgruppen nachweisen. G. PINCHERLE (221) konnte ebenfalls keinen sicheren Zusammenhang zwischen dem relativen Gewicht und Rauchgewohnheiten nachweisen. Dies könnte aber darin begründet sein, daß die zweitausend Patienten aus PINCHERLE's Untersuchung, hinsichtlich der sozialen Klasse nur sehr gering streuten. J.A. LOURIE (179) weist darauf hin, daß bei den eben zitierten Untersuchungen bei der Bewertung der Gewichte bzw. relativen (im Verhältnis zur Körpergröße) Körpergewichte eigentlich ein zu grobes Maß verwen-

det wurde. Er mißt bei eigenen Studien an Nichtraucher dickere Hautfalten über dem Bizeps und Trizeps.

G.W. COMSTOCK und L.W. STONE (52) untersuchten etwa fünfhundert Telefonarbeiter in fünf- bis sechsjährigem Abstand. Sie stellten fest, daß die Exraucher die stärksten Gewichtszuwachsraten in der Schulterblattgegend aufweisen, die Veränderungen der Fettanteile über den Trizeps jedoch mit Rauchgewohnheit unkorreliert zu sein scheinen.

M. ESCHER et al. (71) untersuchten im Rahmen einer Studie zur Ermittlung von Risikofaktoren für ischämische Herz-Kreislauf-Krankheiten 1400 Arbeiter und Angestellte eines Schweizer Industriebetriebes. Es zeigen sich keine Abhängigkeiten zwischen Rauchgewohnheiten und starkem Übergewicht. Die Anteile der Übergewichtigen nehmen jedoch mit steigender Altersklasse zu.

8. 2 Psychologische Testbefunde bei Übergewichtigen

8. 2.1 Zum Selbsterleben Adipöser

Die Fragen, wie sich Adipöse selbst, ihren Körper und ihre Person wahrnehmen, führte zu einer Reihe interessanter Experimente und Befunde. J.E. MEYER und A. TUCHELT-GALLWITZ publizierten 1969 (202, 199) die Ergebnisse einer umfangreichen Studie zu Fragen der Adipositas. Der GOTTSCHALDTsche Personaversuch, der Bestandteil einer umfangreichen Testpartie war, zeigte, daß Adipöse bezüglich der Beurteilung ihres Selbstbildes erheblich unsicherer als normalgewichtige Kontrollpersonen waren. Bei der Wahl des Wunschbildes zeigten sie eine signifikant stärkere "Verschmälerungstendenz" gegenüber der Kontrollgruppe. Die Frage des gestörten "body image" (294), die von den Autoren diskutiert wird, wurde häufiger untersucht. Susan NATHAN (207) folgte aus den Untersuchungen von Hilde BRUCH, A.J. STUNKARD, S.J. SCHACHTER, R. GOLDMAN und anderen, daß adipöse Kinder auf-

grund ihrer Lebenssituation - Over-Protection der Mutter, nicht gelernte Fähigkeit, interne emotionale Zustände zu differenzieren, Abhängigkeit von externen Reizen - nicht in der Lage sein dürften, in adäquater Weise Selbsteinschätzungen ihrer Fähigkeiten, ihres "Wertes" zu entwickeln. Deshalb müßten die Selbsteinschätzungen Adipöser weniger differenziert und insgesamt negativer sein als die einer nach Alter, Geschlecht und Intelligenz parallelisierten Kontrollgruppe. S. NATHAN ließ je zwölf 7-, 10- und 13-jährige normal- und übergewichtige Kinder Figuren zeichnen. In allen Altersgruppen schnitten die adipösen Kinder schlechter als die normalgewichtigen ab. Normalgewichtige zeichneten deutlich differenzierter. Die Autorin interpretiert ihre Befunde im Rahmen der "body-image"-Theorien. Die allgemeine Unreife in der Entwicklung adipöser Kinder im Zusammenhang mit Persönlichkeitsmerkmalen wie Zurückgezogenheit oder feindliches Verhalten, erscheint der Autorin erstes Ziel therapeutischer Anstrengungen zu sein: Selbstvertrauens- und Selbstbehauptungsübungen sollten einer Gewichtsreduktion vorangehen.

P.D. SLADE und G.F.M. RUSSELL (276) entwickelten ein Verfahren, um ein gestörtes Body-Image zu erfassen. K. GUGGENHEIM, R. POZNANSKI und N.A. KAUFMANN (109) untersuchten bei etwa fünfhundert 13- bis 14-jährigen Kindern die Selbsteinschätzungen. Es zeigte sich, daß Mädchen im allgemeinen realistischere Selbsteinschätzungen lieferten, Jungen dagegen schätzten sich als "dünn" ein. So waren Jungen auch häufiger mit ihrem Gewicht und Aussehen zufrieden. Die bekundete Zufriedenheit schloß aber nicht den Wunsch nach Gewichtsabnahme aus.

Margaret ASHWELL und Lindsey ETCHELL (9) kamen bei britischen Erwachsenen zu vergleichbaren Befunden. Adipöse konnten exaktere Angaben über ihr Körpergewicht machen als Normal- oder gar Untergewichtige. Übergewichtige Frauen schätzten ihr Aussehen und ihr Gewicht realistischer ein als übergewichtige Männer.

G. HEDDERICH und S. WEIDLICH (119, 318) publizierten zwei Arbeiten zum Selbsterlebnis Adipöser. Bei einer indirekten Erhebung des Selbsterlebens - z.B. freie Geschichten erzählen mit dem Anfang "ein korpulenter Mensch", unterschiedlich dicke Schemafiguren mit den Zuordnungen "typischer Beruf - typisches Hobby" zeigte sich, daß die Autostereotype Adipöser wenig mit den Heterostereotypen vom "gemütlichen Dicken, den nichts aus der Ruhe bringen kann" usw. gemeinsam haben. S. WEIDLICH und G. HEDDERICH (318) fassen zusammen, daß der Adipöse ein emotional verunsicherter Mensch ist, der seine Unsicherheit durch Selbsttäuschungen zu negieren sucht. Er ist stark von der Meinung der Außenwelt abhängig und hält stärkeren Belastungen schlecht stand. Schlanksein bedeutet für ihn die Lösung aller Probleme. Die Autoren schränken ihre Interpretation - die hier sehr stark gekürzt wiedergegeben wird - mit dem Hinweis auf die untersuchte Gruppe ein: Alle Versuchspersonen waren Patienten, die über eine Null-Diät abnehmen wollten. In ihrer späteren Arbeit (119) über das nicht bewußte Eigenurteil adipöser Patienten analysierten sie die Inhalte psychoanalytisch geführter Interviews mit Adipösen. Sie berichten von einem starken Bedürfnis der Patienten, ihre psychische Situation als ausgewogen und zufriedenstellend darzustellen. Erst im weiteren Gesprächsverlauf geben die Patienten die Haltung auf, daß die Körperform die alleinige Störvariable ihres Befindens sei. Unsicherheit und depressive Stimmungselemente treten dann verstärkt hervor.

8. 2.2 Persönlichkeitsuntersuchungen

Die trotz mannigfaltiger Variationen weitgehende Erfolglosigkeit - was Langzeiterfolge therapeutischer Bemühungen bei Adipositas angeht - erfordert als zusätzliche Maßnahme, wie G.M. KRÜSKEMPER et al. (163) feststellen, eine begleitende psychologische Führung. Voraussetzung dafür ist die Kenntnis der psychischen Situation Adipöser. Einer Reihe von Autoren (163, 121, 188, 277) erscheint der MMPI als geeignetes Instrument zur Beschreibung der

Persönlichkeit Adipöser. G.M. KRÜSKEMPER et al. (163) nahmen bei 209 Frauen und 72 Männern im Gruppenversuch zu Beginn einer Reduktionskur den MMPI ab. Auffälligkeiten ergeben sich bezüglich eines somatischen Syndroms: Bei Frauen und Männern zeigen sich die Skalen Hd (Hypochondrie) und Hy (konversionshysterische Syndrome) erhöht. Bei Frauen nehmen die dort angegebenen Beschwerden mit steigendem Alter und Übergewicht zu, bei Männern erhöhen sich die Werte der Hypochondrieskala in Abhängigkeit des Übergewichtes. Die erhöhten Werte der Depressions- (D) und Psychasthenie-Skala (Pt) zeigen ein Verstimmungssyndrom an. Die Hypomanie-Skala (Ma) zeigt erhöhte Werte bei adipösen Männern an, mit zunehmendem Alter weisen Frauen eine Verringerung der Hypomanie-Skala auf. Interessant ist noch, daß bei Frauen die Tendenz zu beobachten ist, daß sie mit steigendem Übergewicht die Items in sozial erwünschter Weise beantworten; für Männer läßt sich dieser Effekt nicht nachweisen.

R.M. ATKINSON und E.L. RINGUETTE untersuchten 21 sehr übergewichtige Erwachsene unter anderem mit dem MMPI. Allgemein registrierten sie "major trends were overcontrol of emotions and indirect expression of hostility" (10, S. 131).

M.L. HELD und D.L. SNOW (121) ermittelten für adipöse und normalgewichtige Mädchen signifikante Unterschiede für die Skalen D, Pt, Pa, Pd und Sc. Sie schließen aus ihren Befunden, daß für Adipöse psychologische Probleme ebenso dringend zur Behandlung anstehen wie Programme zur Gewichtsreduktion. Dieselben Autoren publizierten mit L. MARK ein Jahr später (277) eine Studie, mit der sie den Zusammenhang zwischen MMPI-Variablen und externer Kontrolle bei Adipösen untersuchten.

Externe Kontrolle wurde mit der I-E-Skala nach ROTTER gemessen. Die Hypothese, daß mangelhafte Anpassungsfähigkeit - ausgedrückt durch die MMPI-Skalen F, Hs, D, Hy, Pd, Pa, Pt, Sc, Ma - mit der Variable "External-Control" korreliert sei, konnte bei der unter-

suchten Stichprobe adipöser Mädchen bestätigt werden. R.J. McCALL (187) verglich anhand von MMPI-Skalen zwei Gruppen adipöser Frauen. Eine bestand aus erfolgreichen Teilnehmern einer Gewichtsreduktionskur, die andere aus Frauen, die keinen Erfolg hatten oder wieder adipös geworden waren. Für die erfolgreiche Gruppe ergaben sich vom Normalbereich deutlich weniger abweichende MMPI-Profile. Der Autor betont jedoch, daß aufgrund seiner Befunde keine Aussage darüber gemacht werden könne, ob die gemessenen psychischen Störungen Ursache oder Folge der erfolglosen Reduktionsversuche waren.

S.E. CLEVELAND und M. WEBB (47) berichten die Kasuistik einer achtundzwanzigjährigen Frau während der Reduktionsbehandlung. Im RORSCHACH-Test dominierten die Themen Flucht und Rettung, die sie mit der Metapher "Imprisonned in every fat man a thin one is wildly signaling to be let out" beschrieben. R.A. STEWART et al. (287) gelangen zur Auffassung, daß bei der Adipositas der Faktor "soziale Zurückweisung" eine bedeutsamere Rolle spielt, als jener, der allgemein mit oralen Gewohnheiten (habits) zu beschreiben wäre. Der orale Charakter ist ihrer Ansicht nach mit einem Satz von Merkmalen verknüpft, die mit sozialer Isolation verbunden ist.

R.S. MCCULLY et al. (189) beschreiben die Verlaufsuntersuchungen von acht Patienten, die seit ihrer Kindheit übergewichtig sind. Zu Beginn und während der Gewichtsreduktion zeigten sich im RORSCHACH auffällig viele Nahrungs- und Essens-Wahrnehmungen. Es kann ein prinzipieller Zusammenhang zwischen diesen Wahrnehmungen und dem Ausmaß des Übergewichtes und deren emotional negativer Besetzung mit der Motivation zur Gewichtsreduktion angenommen werden.

Harriet P. LEFLEY (170) untersuchte mit dem Terman-Miles M-F-Test bei dreißig übergewichtigen und dreißig normalgewichtigen Frauen die Dimension "Maskulinität-Feminität". Es zeigt sich

- im Gegensatz zur Hypothese der Autorin - bei den adipösen Frauen ein signifikant erhöhter Femininitätswert, der im wesentlichen durch die hohen Skores in der Dimension "emotional reactivity" bedingt wird. Besonders stark ausgeprägt sind diese Befunde bei Versuchspersonen, die schon seit ihrer Jugend übergewichtig waren und bei denen auch in der Familie Übergewichtige nachzuweisen waren.

M.Y. QUERESHI (231) versuchte 1972 anhand einer psychologischen Testbatterie erfolgreiche von nicht erfolgreichen Teilnehmern einer Reduktionskur zu diskriminieren. Dabei ergab sich, daß die erfolgreiche Reduktion des Gewichtes korreliert ist mit einer normalen Selbsteinschätzung auf der Extraversionsdimension. Beurteilten Adipöse ihre Mutter normal, d.h. so, wie normalgewichtige Personen im vorgelegten Test durchschnittlich ankreuzten, so erwies sich dies als negativ mit dem Erfolg der Reduktionskur korreliert.

V. PUDEL berichtete im Rahmen seiner Untersuchungen auf dem Internistenkongress in Wiesbaden 1976: "Die Persönlichkeitsstruktur der Adipösen wird üblicherweise mit den Begriffen Trägheit, Labilität, Gutmütigkeit abgewertet. Genauere Untersuchungen dieser Struktur zeigen jedoch, daß es eine einheitliche Form der Persönlichkeit bei Adipösen nicht gibt" (140, S. 110).

R.A. WUNDERLICH et al. (330) untersuchten je acht männliche und weibliche adipöse Patienten zu Beginn einer Reduktionskur mit der "Eduards Personal Preference Schedule". Es zeigten sich die erwarteten erniedrigten Werte auf den Dimensionen "Achievement, Affiliation, Dominance, Endurance or Personal Adjustment and Self-Control" und erhöhte Skores der Dimensionen "Aggression, Exhibition, Heterosexuality and Intraception". In einer späteren Studie (328) untersuchte R.A. WUNDERLICH dreiundzwanzig extrem übergewichtige Männer und Frauen - im Vergleich mit Kontrollgruppen mit dem California Psychological Inventory. Es ergaben

sich zwar deutliche Skalenunterschiede bei den Übergewichtigen im Vergleich zu den Kontrollgruppen, eine charakteristische Persönlichkeitsstruktur konnte mit den gewonnenen Daten jedoch nicht beschrieben werden.

D.H. KARPOWITZ und F.R. ZEIS (149) registrierten bei adipösen Teilnehmern (zwölf- bis fünfzehnjährigen Schülern) eines Gewichtsreduktionsprogrammes weniger "very troublesome" Probleme (MPCL, Mooney Problem Checklist) als bei Adipösen, die nicht Teilnehmer dieser Reduktionskur waren oder bei nicht adipösen Kontrollpersonen. Die psychologische Untersuchung (TED, Tasks of Emotional Development Test) ergab die höchsten Werte für die Gruppe der Normalgewichtigen, die geringsten "Maturity"-Skores erzielten die Adipösen, die nicht am Reduktionsprogramm beteiligt waren.

Im Rahmen einer Untersuchung der Zusammenhänge zwischen Essgewohnheiten und emotionalen Einstellungen (attitudes) zum Essen fand R. PLUTCHIK (223) bei der Konstruktion eines Fragebogens, daß mit steigendem Grad des Übergewichtes die Tendenz zunimmt, Probleme in den Bereichen "Depression, Angst und Impulsivität" anzugeben. Zusätzlich zeigen seine Befunde, daß die Anzahl der adipösen Familienmitglieder mit dem Grad des Übergewichtes der Testperson korreliert ist.

A. KREZE et al. (162) untersuchte die Intelligenz Adipöser. Dabei fanden sie eine deutlich inverse Beziehung bei Frauen, bei Männern war sie weniger deutlich ausgeprägt: Von einundfünfzig adipösen Frauen fielen 41 Prozent in die IQ-Gruppe bis 90, 22 Prozent in die mittlere IQ-Gruppe 91 bis 110 und 11 Prozent in die Gruppe über 110.

J.E. MEYER und A. TUCHELT-GALLWITZ (201, 202) untersuchten Fett-süchtige mit einer sehr umfangreichen Testbatterie, die Intelligenz, psychomotorische Koordination, Extraversion, Angst, Neurotizismus, Dominanz und die Reaktion auf Frustrationen prüfen sollte.

Dabei wurden projektive und objektive Verfahren wie TAT, RORSCHACH, Satzergänzungs-Tests, Assoziations-Reihen und der Persona-Versuch nach GOTTSCHALDT eingesetzt. Weiter wurde das Stereotyp über Dicke, ihr Appetitverhalten und lebensgeschichtliche Fakten erfaßt. An allen Patienten wurden tachistoskopische Untersuchungen durchgeführt und das EEG abgeleitet. Auswahlkriterium für die Versuchspersonengruppe (N = 69) waren mindestens 30 Prozent Übergewicht nach den GEIGY-Tabellen, die Personen der Kontrollgruppe (N = 39) hatten höchstens 22 Prozent Übergewicht. 67 Prozent gaben an sehr, 24 Prozent nicht unter dem Übergewicht zu leiden.

Auffällige aggressive Tendenzen, gemessen mit dem ROSENZWEIG-P-F-Test, der Wunschprobe nach WILDE, dem RORSCHACH-Test und dem TAT ließen sich nicht nachweisen. Für die Dimension Angstbereitschaft zeigten sich erhöhte Werte, Extraversion, Rigidität, Dominanz und der Lügenskore waren unverändert. Ebenso konnten mit den Werten des Assoziationsversuches, der Prüfung mit dem Tachistoskop und dem TAT keine nennenswerten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen gefunden werden; eine Betonung der oralen Sphäre war nicht nachweisbar. Lediglich mit der Wunschprobe ließ sich eine "verminderte Erlebniszugewandtheit und Neugier gegenüber der Umwelt im Vergleich mit den Kontrollpersonen" (S. 84) feststellen. Im sozialen Bereich war lediglich eine "starke Neigung zur Anpassung in schwierigen Situationen und Vermeidung von Hindernissen" auffallend. Auch Untersuchungen zum persönlichen Arbeitstempo und zur manuellen Geschicklichkeit erbrachten keine Unterschiede. Die Wahl des subjektiven Selbstbildes (GOTTSCHALDT-Persona-Versuch) fiel den Adipösen deutlich schwerer; beim Wunschbild war die Verschmälierungstendenz signifikant. Interessant ist, daß Adipöse und Normalgewichtige vergleichbare Urteile über das Image der dicken Frauen hatten. Insgesamt wurde die dicke Frau bei den beurteilten Eigenschaften überwiegend positiv geschildert. Sie ist demnach gemüthlicher, hat Kinder lieber und ist freundlicher als die dünne Frau, die als beweglicher, schneller

ehrgeiziger, aber auch unbeherrschter, eingestuft wurde. Die dicke Frau wurde überwiegend als "sympathisch" eingeschätzt. Wurde bei den Versuchen eine dritte, normalgewichtige Frau (Schemafigur) zur Beurteilung vorgelegt, so erhielt sie die meisten positiven Urteile, die dünne Frau behielt den "letzten Platz"; nur bei der Frage, wer denn am gesündesten sei, rangiert sie auf Platz eins. Der Vergleich mit Kontrollpersonen erbrachte, daß dünne Menschen dünne und dicke Menschen Dicke eher positiv beurteilen.

Die Autoren sind der Meinung, daß es bei den Fettsüchtigen keine einheitliche Persönlichkeitsstruktur geben kann. Die Existenz eines beträchtlichen Prozentsatzes Fettsüchtiger ohne psychische Störungen mag als Stütze dieser Annahme angesehen werden.

H. BRUCH, H. POHLE-HAUSS und W.J. SCHRAML (35, 36, 224) fanden bei ihren Untersuchungen an fettsüchtigen Kindern leicht überdurchschnittliche IQ-Werte. Mit Hilfe projektiver Verfahren konnten sie feststellen, daß adipöse Knaben massive Aggressionen gegen ihre Mütter und den Wunsch nach einem positiven väterlichen Leitbild haben.

An einer Stichprobe adipöser Kinder erhob G. WOLFRUM (339) eine Fülle von Daten, mit deren Hilfe psychologische Besonderheiten erfaßt werden sollten. Mit einer modifizierten - an drei Stellen auf sechzehn Sekunden verkürzte Bearbeitungszeit - Testdurchführung des d2 nach R. BRICKENKAMP sollte die Hypothese einer verringerten Frustrationstoleranz überprüft werden. Es ergaben sich jedoch keine statistisch bedeutsamen Unterschiede zwischen adipösen und normalgewichtigen Kindern. Auch beim verwendeten "Indikator für Motivdifferenzierung" (339, S. 165), dem Mann-Zeichen-Test, zeigten sich keine Unterschiede. Die mit dem FPI untersuchten Mütter der adipösen Kinder weisen etwas erhöhte Neurotizismuswerte und eine Tendenz zur Beantwortung der Fragen in Richtung auf die soziale Erwünschtheit ("Lügentrend" S. 155) auf.

WOLFRUM unterteilt die Stichprobe der Mütter beispielsweise noch in "Insider" und "Outsider" - gemessen an der Ausprägung der Skala FPI 9 - und weiter in Gruppen alleinstehender oder in Lebensgemeinschaft lebender.

S.L. HAMMAR et al. (114) berichten von einer aufwendigen interdisziplinären Vergleichsstudie an zehn jugendlichen Fettsüchtigen und zehn Kontrollpersonen. Neben einer ganzen Reihe von medizinischen Labordaten erhoben die Autoren über Explorationen, Fragebögen und Tests psychologische Daten; auf die Familiendaten wird im folgenden Abschnitt ausführlicher eingegangen. Die Laborwerte waren weitgehend unauffällig und wichen nur vereinzelt von den Erwartungswerten ab. Die Anamnese ergab, daß acht der Eltern adipöser Kinder häufig Süßigkeiten als Belohnungen bei der Erziehung einsetzten, was nur drei Eltern nichtadipöser Jugendlicher angaben. Eine siebentägige Kontrolle des Essverhaltens ergab, daß kaum Unterschiede zwischen normal- und übergewichtigen Kindern - bezogen auf die Kalorienmenge - festzustellen sind. Acht Adipöse nennen den Wunsch, daß die Eltern ihnen bei der Überwachung des Essverhaltens mehr helfen sollten. Die Prüfungen mit Intelligenztests ergab für Adipöse geringere Werte bei verbalen und höhere Werte bei nonverbalen Leistungen. Die Gruppe der Fettsüchtigen erzielte deutlich höhere Depressions-Scores. Die Jungen schien ihr Aussehen weniger zu stören als die Mädchen, obwohl sie von ihren Familienmitgliedern häufiger gehänselt werden. Die Kontrollgruppe erschien insgesamt unabhängiger und reifer.

S. NATHAN und D. PISULA (207) erhoben psychologische Testdaten von acht weiblichen und sieben männlichen Jugendlichen im Alter von zwölf bis sechzehn Jahren. Weiterhin protokollierten sie Verhaltensbeobachtungen und Gewichtsschwankungen. Sie fanden unter anderem bei durchschnittlicher Intelligenz eine deutliche Unfähigkeit der adipösen Jugendlichen sich - ihrem Alter entsprechend - realitätsangemessen zu verhalten. Auch schienen sie - im Sinne der SCHACHTERschen Hypothese - deutlicher von externen Cues geleitet zu sein.

Mit Hilfe des TAT und ROSENZWEIG-PF-Tests versuchten L.A. CIOFFI und L. SPERANZA (45) die Besonderheiten in der Persönlichkeit

Adipöser zu erfassen. Die insgesamt elf untersuchten Personen, fünf mit Adipositas, die in der Jugend begann, sechs mit Fettsucht, die sich erst im Erwachsenenalter manifestierte, wurden mit sechs normalgewichtigen Kontrollpersonen verglichen. Zusätzlich untersuchten sie noch ältere Männer eines Altersheimes, acht ohne Adipositas und vier, bei denen die Adipositas im Erwachsenenalter begann. Das Übergewicht lag bei der Adipositasgruppe durchschnittlich bei neunundfünfzig Prozent; der Berechnungsmodus ist nicht angegeben. Bei der Gruppe mit "jugendlicher Fettsucht" konnte im TAT eine Tendenz zur Depression und Schwierigkeiten bei der Aufnahme interpersonaler Beziehungen interpretiert werden. Im ROSENZWEIG zeigte sich bei dieser Gruppe eine signifikant erniedrigte intrapunitive Aggressivität. Bei der "Erwachsenenfettsucht"-Gruppe traten im TAT vereinzelt Hinweise auf Aggressionen, häufiger Tendenzen zu Abhängigkeit und Vermeidung von Konflikten auf. Im ROSENZWEIG-P-F-Test ergaben sich erniedrigte Werte für die extrapunitive Aggressivität bei, gegenüber der Kontrollgruppe, erhöhtem Wert für die impunitiv Richtung. Störungen im emotionalen Bereich lassen nicht zwischen den Gruppen unterscheiden. Die eigentliche Intention der Arbeit war nachzuweisen, daß die Adipositas als Störung eines Nahrungsaufnahme-Körpergewicht-Regulationssystemes zu verstehen ist, wonach bei der Jugendfettsucht die Vergleichsgröße, bei der Erwachsenenfettsucht die Regel- und Kontrollgrößen gestört sind. Das System ist wegen fehlender Kenntnis der Elemente und deren Beziehungen recht grob gehalten und bietet über das Gesagte hinaus nur relativ wenig Erklärungswerte. Differenzierter - unter expliziter Bezugnahme auf psychologische Einflußgrößen - erscheint das probabilistische Modell von V. PUDEL zu sein, das bei G. WOLFRUM (339) sehr übersichtlich dargestellt ist; der praktische Nutzen solcher Modelle erscheint mir jedoch nicht allzu groß zu sein.

8. 2.3 Familienkonstellationen Adipöser

J.E. MEYER und A. TUCHELT-GALLWITZ (201, 202) erhoben bei ihren Befragungen auch Daten der Familienkonstellation. Zwischen der

Adipösen- und der Kontrollstichprobe zeigen sich keine besonderen Unterschiede. In beiden Gruppen sind unvollständige Familien etwa gleich häufig vertreten. Die Anzahl der Geschwister verteilt sich etwa gleich; achtzehn Prozent der Adipösen und sechsundzwanzig Prozent der Kontrollpersonen wuchsen als Einzelkinder auf. Die Häufigkeit einer exponierten Stellung oder Rolle, wie Aufwachsen als Einzelkind obwohl Geschwister vorhanden waren, jüngstes oder ältestes Kind, war ebenfalls etwa gleich häufig verteilt.

Vergleichbare Befunde berichten Autoren wie M. PFLANZ (220) oder QUADE (zit. n. 201), jedoch fand QUADE Fettsucht signifikant häufiger bei Kindern alleinstehender Mütter. FREY (zit. n. 201) berichtet von gehäuftem Auftreten von Fettsucht bei kleineren Familien. Bemerkenswert ist, daß " ein größerer Prozentsatz mindestens sieben Jahre in einer Nesthäkchenposition in der Familie im Vergleich mit einer Kontrollgruppe" war (246, S. 79). Im Vergleich zu den Geschwistern fühlten sich in Adipositas- und Kontrollgruppe etwa gleich viele "nicht unterschiedlich" von den Eltern behandelt. Der Prozentsatz derer, die sich zurückgesetzt fühlten, ist bei den Fettsüchtigen wesentlich höher; die Zurücksetzung wurde - im Gegensatz zu den Normalgewichtigen - von den Adipösen als schwerwiegende Beeinträchtigung empfunden. Der gehäuft vorkommende Alkoholkonsum bei den Familienmitgliedern führte in den meisten Fällen zu einer schweren Belastung der Familie.

In Freiburg haben Heide POHLE-HAUSS und W. SCHRAML zweiundsechzig Patienten, fettsüchtige Knaben und deren Eltern, untersucht. In ihrer Arbeit "Familienkonstellationen bei fettsüchtigen Knaben" (224) geben sie einen umfassenden und kritischen Überblick über die psychologischen Aspekte der Fettsuchtforschung. Die Annahmen, die sich aus der Forschung der Familienkonstellationen - wobei sie sich auf TOMAN beziehen - zu Fragen der Ätiologie erscheinen ihnen zu wenig berücksichtigt. Neben den harten Daten im Rahmen der Familienkonstellations-Erhebungen wie Erkrankungen

der Eltern, Präsenz der Eltern oder familiäre Häufungen der Fettsucht, verwerteten sie auch Interviewdaten etwa über die Einschätzung der Eltern durch die Knaben, aber auch die Selbsteinschätzungen der Eltern oder Daten aus projektiven Tests für die Beschreibung ihrer Stichprobe. Im wesentlichen ergeben sich folgende Befunde: Einzelkinder sind in der beschriebenen Stichprobe nicht überrepräsentiert - bezogen auf die Daten des statistischen Jahrbuches. Alter und Altersunterschiede der Eltern entsprechen den Normwerten. Auch Vaterverluste waren nicht häufiger; ein Zusammenhang zwischen Adipositas und Vaterverlust darf aber angenommen werden, wenn man auch die temporären Vaterverluste, die "unsichtbaren" Väter mitzählt. Die Familiengröße der Untersuchten entsprach dem Durchschnitt.

S. MISOVICH (338) berichtet von noch nicht publizierten Daten über Geschwisterkonstellationen aus einer Studie von HAKMILLER und R.J. McKENNA. Hier konnten keine auffälligen Häufigkeiten bestimmter Geschwisterpositionen in der Untersuchungsgruppe Adipöser gefunden werden. In einer eigenen Untersuchung an Mitgliedern einer Gruppe "Weight-Watcher" liegt die Familiengröße der Untersuchten mit 3.8 im Durchschnittsbereich. Entgegen der erwarteten Verteilung Erst- und Spätgeborener ergab sich eine geringe Häufung Spätgeborener. Zwischen Erst- und Spätgeborenen ergaben sich keine Unterschiede bezüglich der Variablen "Häufigkeit der Treffen, Länge der Mitgliedschaft oder Ausmaß des Gewichtsverlustes seit Eintritt in die Gesellschaft der "Weight-Watchers".

Die Befunde, so schließt der Autor, sollten aber aufgrund der kurzen Mitgliedschaftsdauer aller Teilnehmer - einundsechzig Prozent waren weniger als sechs Monate in der Gruppe - mit Vorsicht interpretiert werden.

Am explizitesten setzt sich die Arbeit von G. WOLFRUM (339) mit Fragen der Familienkonstellation bei Fettsucht auseinander. Als

Kontrollgruppe verwendet er die Daten, die W. TOMAN et al. (307) publizierten. Die Ergebnisse lassen sich kurz zusammenfassen.

Adipöse haben - so konnte G. WOLFRUM (339) im Vergleich mit Daten aus Durchschnittsfamilien feststellen - etwas mehr Geschwister und sind häufiger älteste mit geringerem Altersabstand zu den folgenden Geschwistern. Die Eltern Adipöser sind etwas jünger; auffallend häufig ist ein Vaterverlust festzustellen. Deutlich mehr Mütter als in der Kontrollgruppe sind geschieden oder leben getrennt. Über den Mutterverlust vermag die Studie wenig Auskunft zu geben, da die Stichprobe "PFEIFERHÜTTE" insofern selektioniert ist, als die adipösen Kinder in der Regel durch die Mutter zur Untersuchung gebracht werden. Adipöse unterscheiden sich zusätzlich hinsichtlich der Häufigkeit des Verlustes ihrer Großväter. Die weiteren differenzierten Untersuchungen hinsichtlich der Änderung des Geschlechtsverhältnisses, der Verlustwerte k, 1, 1_i W. TOMAN (303, 304) erbringen keine Auffälligkeiten. Anzumerken ist noch, daß G. WOLFRUM keinen Zusammenhang zwischen dem Ausmaß der beruflichen Tätigkeit der Mütter und der Adipositas feststellen konnte. Was die Beantwortung sozialer Schichtzugehörigkeit Adipöser angeht, eignet sich die Untersuchungsgruppe PFEIFERHÜTTE nur sehr bedingt für Verallgemeinerungen.

ANGEL und RONY 1940 (zit. n. 114) stellen bei sechzig bis siebenzig Prozent der Adipösen fest, daß mindestens auch ein Elternteil fettsüchtig ist; ca. vierzig Prozent haben übergewichtige Geschwister.

S.L. HAMMAR et al. (114) finden in den Ehen der Adipösen deutlich häufiger eheliche Schwierigkeiten. In sechs von zehn Fällen scheint die Adipositas und das Verhalten des jugendlichen Adipösen ein ständiger Anlaß zu Konflikten zwischen den Eltern zu sein. Der fettsüchtige Jugendliche - so die Autoren - habe deutlicher als der Normalgewichtige in der Kontrollgruppe eine einzigartige, hervorstechende Rolle inne: Neben der schon erwähnten Auslösefunktion für elterliche Konflikte übernehmen

die adipösen Kinder für ihre Geschwister die Rolle des Sündenbocks bei Rivalitäts- und Machtsstreitigkeiten. Kein Elternteil gibt an, daß zwischen dem fettsüchtigen Kind und den anderen Familienmitgliedern ein offenes, warmes, zufriedenstellendes Verhältnis bestehe. Dagegen beantworten diese Frage sieben von zehn Eltern der Kontrollgruppe positiv. Die Familien der Übergewichtigen sind auffallend sozial introvertiert, engagieren sich selten bei sozialen Aktivitäten und unternehmen wenig Gemeinsames außerhalb des Heimes. Diese soziale Isolation scheint sich den Autoren im Lebensverhalten der Fettsüchtigen wiederzuspiegeln. Vier von zehn Eltern erklären, die Adipositas ihrer Kinder sei nie ein ernsthaftes Problem gewesen. Die zum Teil wiederholte Behandlung der Fettsucht erbrachte meist nur geringe Erfolge; nie wurde eine Gewichtsreduktion von mehr als zwanzig Pfund erreicht und nie hielt sie länger als einige Monate an. Sieben von zehn Müttern geben an, daß sie von Zeit zu Zeit versucht hätten, die Nahrungsmengen zu beschränken. Alle drücken ein recht hoffnungsloses Gefühl aus, was die Erfolgserwartungen der therapeutischen Maßnahmen betrifft. Eigenversuche der Eltern beschränkten sich darauf, das Essen zu verstecken (drei von zehn Eltern), Geld oder Geschenke für "weniger Essen" anzubieten (sechs von zehn Eltern), Privilegien zu entziehen (drei von zehn Eltern) oder das Kind zu verprügeln (Angabe eines Stiefvaters). Alle Anstrengungen blieben jedoch, wie schon erwähnt, ohne Erfolg. Acht der zehn - im Vergleich zu drei von zehn Eltern normalgewichtiger Kinder - glaubten, daß ihre adipösen Kinder in emotionalen Schwierigkeiten leben. Häufig genannt werden Minderwertigkeitsgefühle, Faulheit, mangelnde Selbständigkeit, Affektausbrüche, Lügen, Einsamkeit und schlechte schulische Leistungen.

Die Autoren schließen aus der Fülle von Einzelbefunden, daß, wenn einmal ein Kind adipös ist, die Lebensgewohnheiten des Familienverbandes, nämlich soziale Isolation und physische Passivität, zur Aufrechterhaltung der Adipositas beitragen. Für die Entstehung der Adipositas kann die bei den Eltern Adipöser häufig

beobachtete Verwendung von Süßigkeiten als Belohnung erwünschter Verhaltensweisen gesehen werden. Hinzu kommt, daß adipöse Kinder deutlich weniger körperlich aktiv sind als normalgewichtige.

9. Therapeutische Bemühungen bei der Adipositas

Zur Therapie der Adipositas erscheint monatlich eine Fülle von Literatur, die sich auf die unterschiedlichsten Ansätze gründet. Mittlerweise ist es schwierig geworden, zwischen medizinischen oder psychologischen Maßnahmen zu entscheiden - die Einflußnahmen beider Disziplinen überschneiden sich oft. Die eher psychologisch orientierten Therapien haben in jüngerer Vergangenheit an Bedeutung gewonnen, was möglicherweise an den mangelnden Erfolgen der medizinisch orientierten Maßnahmen liegt. Hier muß noch einmal betont werden, daß für die überwiegende Mehrheit aller Fettsüchtiger - die angegebenen Zahlen schwanken meistens zwischen fünfundneunzig bis neunundneunzig Prozent - die übermäßige Nahrungsaufnahme als alleinige Ursache gelten kann: Das Problem ist vergleichbar mit dem Alkoholismus; der direkte prophylaktische Einfluß der Ärzte nach erfolgreicher Kur ist recht insuffizient.

Neben allgemeinen Hinweisen auf therapeutische Möglichkeiten bei der Adipositas (116, 140, 175, 249) gibt es Arbeiten, die sich mit Effizienzvergleichen verschiedener Therapieformen befassen (175).

Es kann vorweggenommen werden, daß es derzeit keine Methode der Wahl gibt. Alle therapeutischen Ansätze bringen Erfolge (143) - die Langzeitprognose kann jedoch allgemein als ungünstig angesehen werden: Innerhalb von fünf Jahren wird ein hoher Prozentsatz aller Patienten, die eine Reduktionstherapie erfolgreich abgeschlossen haben, wieder adipös. Die Zahlenangaben schwanken hier (339, 237, 104, 135, 324, 309) zwischen achtzig und fünfundneunzig Prozent. Damit ist der Therapieerfolg wahrscheinlich geringer als beispielsweise bei Alkoholismus. Eine Ausnahme

scheinen die chirurgischen Eingriffe zur Therapie der Adipositas darzustellen (135).

Aus den therapeutischen Varianten und Erfolgen lassen sich möglicherweise rückschließend weitere Aspekte über die Bedingungen der Adipositas gewinnen.

9. 1 Diät und Fasten

Diät und Fasten sind die einfachsten und am häufigsten verbreiteten Maßnahmen gegen Übergewichtigkeit. In vielen Zeitschriften werden die unterschiedlichsten Diäten beschrieben, die möglichst rasch und "ohne zu hungern" zur Gewichtsreduktion führen sollen. Dazu zählen Diäten, die kohlehydratarm, fettreich oder aber stark eiweißhaltig sind. Diäten, die aus verschiedenen Nahrungsmitteln in einer physiologisch abgestimmten Zusammensetzung bestehen und schließlich einfache Reduktionskuren, die von der im Volksmund mit "F. d. H." bezeichneten, relativ geringen und unsystematischen Kalorienreduktionen bis hin zur unter ärztlicher Aufsicht meist stationär durchgeführten Null-Diät reichen. Wie kompliziert es ist, die physiologische Wirkungsweise verschiedener Diäten nachzuweisen, wenn man weitergehende Interessen als allein die Gewichtskontrolle hat, kann man leicht ermessen. Auch hier stehen umfangreiche Tierexperimente am Anfang, auf deren Darstellung aber verzichtet werden kann. Auch die Wiedergabe differenzierter Diätpläne erscheint hier nicht von Bedeutung.

Mit dem Einfluß von verschiedenen Nahrungsmitteln auf den Fettstoffwechsel beschäftigen sich z.B. F.A. GRIES et al. 1964, 1969, (103, 104), die Beispiele für fettreiche, kohlehydratreiche oder Mischkostdiäten und deren spezifische Wirkungsweise beschreiben. Eine kohlehydratarme, eiweiß- und fettreiche Diät und die Erfahrungen beim Einsatz zur Therapie der Adipositas beschreibt J. YUDKIN 1972 (332). Das Interessante an YUDKINs Vorschlag ist, daß er seinen Patienten erlaubt, soviel Fleisch, Fisch, Eier,

Käse, Butter usw. zu essen, wie sie wollen. Sie müssen sich lediglich daran halten, Kohlehydrate zu meiden. Die genauen Wirkmechanismen dieser Diätform sind unbekannt, die von YUDKIN publizierten Erfolge sprechen für die Tauglichkeit dieser Diätform, die besonders deshalb attraktiv ist, weil sie den Patienten nicht mit "Kalorienfahrplänen" belastet und eine Abnahme ohne zu hungern bewirkt.

Eine besonders "brutale" Variante, die Null-Diät, die in Deutschland besonders von H. DITSCHUNEIT in Ulm stationär und ambulant praktiziert wird, soll noch kurz erwähnt werden. DITSCHUNEIT gibt seinen Patienten gar nichts zu essen. Bedingung ist, daß die Patienten mindestens sechs Liter Flüssigkeit pro Tag zu sich nehmen und sich anfänglich körperlich schonen. DITSCHUNEIT konnte nachweisen, daß bei den Patienten keine Mangelerscheinungen auftreten. Nur selten werden Kreislaufschwächen oder psychische Probleme wie Müdigkeit, Unlust oder depressive Stimmungen, wie man sie häufig bei Reduktionskuren beobachtet (291), registriert.

D. GÖBEL (93) zeigt Probleme der Gewichtsreduktion anhand der Kasuistik eines 206 kg schweren Mannes. Nach dreimonatiger Null-Diät war das Gewicht um 52 kg reduziert. Anschließend folgte für 26 Tage eine 600-Kaloriendiät, die keine weitere Gewichtsreduktion erbrachte. Deshalb wurde noch einmal für 82 Tage Null-Diät angeordnet, was zu weiteren 32 kg Gewichtsverlust führte. Befinden und Kreislaufwerte verbesserten sich im Verlauf der 193 Tage dauernden stationären Kur.

Einen relevanten Einwand gegen die stationäre Null-Diät stellen die enormen Aufwendungen dar. Der gesamte Pflegeaufwand, der für die Patienten bereitgestellt werden muß, beläuft sich auf eine Rechnung, die SCHÖFFLING (zit. n. 194) auf etwa vierhundert DM pro Kilogramm schätzt.

Sehr kritisch betrachtet H. GÖSCHKE (94) die Ergebnisse der Behandlungen Adipöser mit der Null-Diät, glaubt aber letztlich

doch, - obgleich er sie als Symptom-Therapie begreift - daß sie bei vorsichtiger Beachtung von Kontraindikationen berechtigt ist. Die doch relativ bescheidenen Therapieerfolge könnten seiner Meinung nach durch intensive Betreuung der Patienten verbessert werden.

Über die Dauererfolge von Reduktionskuren gibt es wenig positive Berichte; Nachuntersuchungen zeigen hohe Rückfallquoten, die mit der verstrichenen Zeit nach der Kur ansteigen. "Trotz zahlreicher Möglichkeiten der diätischen Fettsuchtbehandlung zeigen Langzeituntersuchungen, daß nur ein kleiner Teil der zunächst erfolgreich behandelten Patienten diesen Erfolg für längere Zeit sichern kann" (194, S. 45).

Eine der wenigen Ausnahmen bilden die Arbeiten von H. LAUBE et al. (168), S. HARTMAN-BANGERTER und G. HARTMAN (115). Bis zu sechzig Prozent ihrer Patienten konnten im Zeitraum zwischen sechs und vierundzwanzig Monaten ihr Entlassungsgewicht beibehalten. Jedoch konzedieren die Autoren, daß ihre Erfolgsquote nur durch die Auswahl besonders motivierter Patienten zu erzielen war. K. KOHLE et al. (160) beschreiben die erfolgreichen Teilnehmer einer Null-Diät als Kontakten gegenüber aufgeschlossener und aktiver als die erfolglosen Patienten. M. ASHWELL 1975 (7) gibt zu bedenken, daß bei Erfolgskontrollen der therapeutischen Maßnahmen zu beachten ist, daß der Erfolg der Behandlung nicht unwesentlich vom Erkrankungsalter abhängt. Dabei ist die Prognose der in der Jugend begonnenen Fettsucht ungünstiger. E. ZANDER (333) erkennt als wichtigen Grund für die geringen Reduktions-therapieerfolge die mangelhafte Fähigkeit der Patienten, ihre wirklich zentralen Wünsche und Bedürfnisse zu befriedigen. Am Fallbeispiel eines 15 jährigen fettsüchtigen Knaben zeigt er therapeutisch-begleitenden Maßnahmen - von einfachen Erziehungsmaßnahmen bis hin zur Psychotherapie - auf, die zur Erhöhung der therapeutischen Effektivität führen können.

Von der Medical World News wurde 1973 unter dem Titel "Crash Diet" (196) eine zusammenfassende Übersicht über die gängigen Diät-Therapien, deren Vorzüge und Nachteile zusammengestellt. Auch hier, wie an anderen Stellen, wird vor den sogenannten "crash-diets" gewarnt. In letzter Zeit häufen sich solche Warnungen. Auch in den Massenmedien, wie Fernsehen (z.B. 8.1.78 ARD; 9.1.78 "Gesundheitsmagazin Praxis") und Zeitschriften (wie z.B. Stern oder Spiegel) wird immer häufiger auf die Folgen unkritisch zusammengestellter Therapiepläne hingewiesen. Bei den in Amerika offenbar sehr beliebten Eiweiß-Diäten - die den Vorzug einer Gewichtsreduktion ohne Einschränkung der Essensmenge haben -, beispielsweise bei der von Dr. LINN 1976 publizierten "The Last Chance Diet", werden Todesfolgen diskutiert. N. ZÖLLNER (337) und Ch. KELLER und N. ZÖLLNER (152) diskutierten "Unsinnige Diätformen bei Übergewicht" und Risiken der diätischen Therapie.

Vera ANTONS-BRANDY (4) zeigt, daß Adipöse ungeachtet ihres Wissens um die Nachteile des Übergewichtes, die Adipositas eher mit positiven sozialen Werten assoziieren. Diese Wertschätzung, das positive Image, scheint mit ein Grund für die hohe Therapie-Resistenz zu sein. Mit Hilfe multivariater Analysen, wie der kanonischen Korrelation, gelangt M.Y. QUERESHI (231, 232) zu der Erkenntnis, daß die Variablen "hohe Vorliebe für Kuchen", "Übergewicht der Mutter", "Anzahl der eingenommenen Mahlzeiten pro Tag" gute Prädiktoren für den Mißerfolg der Therapie chronisch Adipöser, hingegen "Umfang des eingenommenen Frühstücks", "Vorliebe für Chocolate-Candy" und "Verheiratet sein" gute Prädiktoren für Therapie-Erfolg sind. J.T. SILVERSTONE und R.M. COOPER (273) erhoben bei hundert adipösen Patienten eine Reihe von Daten, wie Familiengeschichte der Adipositas, vorangegangene Diätversuche und Persönlichkeitstests neben den üblichen soziologischen Daten, um Prädiktoren für den Therapieerfolg in einer Reduktionsklinik zu finden. Es konnte kein bedeutsamer Prädiktor gefunden werden. Es scheint aber tendenziell so zu sein, daß Patienten über vierzig Jahre mit spät entwickelter Adipositas und geringem Neurotizismus-Skore den größten Therapieerfolg haben.

9. 2 Die medikamentöse Therapie der Adipositas

Für alle betroffenen Seiten als bequemste Lösung könnte eine gelungene medikamentöse Therapie der Adipositas angesehen werden. R.B. STUART (290) beschreibt die typische Situation, in der sich der Arzt befindet so, daß die Patienten in der Sprechstunde eine Diätvorschrift und ein Rezept für einen "Appetit-zügler" verlangen. Amphetamine, Coffein-Vitamin-Präparate, Biguanin und andere mehr wurden auf ihre Wirksamkeit hin zum Teil in recht aufwendigen Untersuchungen - z.B. Doppel-Blind, Cross-over gegen Plazebo oder ein Vergleichs-Präparat - überprüft. So berichtet A. KORNHABER (161) von drei Studien zum Wirksamkeitsnachweis von Sanorex^R. Neben einer statistisch nachweisbaren Gewichtsreduktion konnte auch eine antidepressive Wirkung festgestellt werden; die Nebenwirkungen werden als "mild to moderate" KORNHABER (161, S. 162) bezeichnet. E.A. DEFELICE et al. (62) prüften die Wirksamkeit von Mazindol gegen ein D-Amphetamin und Plazebo bei neunzig Adipösen im Doppel-Blind-Versuch. Die Gewichtsreduktion durch Mazindol war deutlich, die Nebenwirkungen werden als "mild" bewertet: Gemeint sind, wie bei fast allen diesen Präparaten, vorübergehende Nervosität, bedingt durch die zentralnervöse Stimulierung, Müdigkeit, ein trockener Mund, Übelkeit und leicht erhöhte Pulsraten. Weder physische noch psychische Abhängigkeiten konnten beobachtet werden. Die Autoren glauben mit dem Medikament eine gute Alternative zu den Amphetaminen gefunden zu haben. S.I. GRIBOFF et al. (102) untersuchten die Wirkungen einer Phenyl-propanolamin-coffein-Vitamin-Kombination im Doppel-Blind-Versuch. Auch dieses Medikament bewirkte bessere Reduktionsraten bei 1200-Kalorien-Diät im Verlauf von vier Wochen als Plazebo.

Die Analysen von H. LIEBERMEISTER et al. (174) demonstrieren den Aufwand, mit dem Prüfungen zur geeigneten Abstimmung der Dosis, besonders wenn "Problempatienten" z.B. Diabetiker unter den Adipösen sind, verbunden sind. In dieser Untersuchung wurde

zur Stützung einer Reduktionskur der Appetithemmer Fenluraminhydrochlorid gegeben. Auch hier tauchte das Problem der Unverträglichkeit auf. In einer späteren Arbeit stellt H. LIEBERMEISTER (175) die häufig in der Medizin angewendeten Methoden - Diät, Medikamente und operative Verfahren - zur Diskussion. Zusammenfassend hält er eine länger dauernde 1000-Kalorien-Mischkost für günstiger als anorexigen wirkende Substanzen und Schilddrüsenpräparate, Laxantien etc., weil durch die Diät allein, besonders im Zusammenhang mit körperlicher Aktivität, eine Einsmelzung der Fettdepots bei der Gewichtsabnahme gewährleistet werden kann. Wichtig sei es, die öfter bei Reduktionskuren auftretenden depressiven Verstimmungen aufzufangen. Zu den operativen Verfahren äußert sich LIEBERMEISTER wegen der geringen Langzeitbeobachtungen zurückhaltend. I. WALTER-SACK warnt in ihrer 1978 (314) veröffentlichten Übersicht über die Pharmakotherapie des Übergewichtes sehr eindringlich vor einer unkontrollierten Anwendung. Sie gelangt zu der Ansicht, daß nur in seltenen Fällen, bei strenger Indikationsstellung, Pharmakotherapie angewendet werden sollte. R.B. STUART (290) steht einer unkritischen Verschreibung von Diätplänen und Appetitzüglern sehr skeptisch gegenüber. Er vertritt die Ansicht, daß zur erfolgreichen Langzeittherapie vom Arzt ein verständnisvolles, individuell abgestimmtes Reduktionsprogramm zu erstellen ist, wobei der allgemeine gesundheitliche und psychische Zustand, die Lebensumstände des Patienten und andere bedeutsame Faktoren zu berücksichtigen sind. Als wichtige Unterstützung erkennt er die körperliche Aktivität in Form von Übungen für alle Patienten, bei denen Bewegung nicht kontraindiziert ist.

R.A. WUNDERLICH et al. (329) berichten von ihren Erfahrungen mit Trainingsprogrammen zur Erhöhung des Muskeltonus und dadurch beschleunigter Gewichtsabnahme. Die von den Adipösen zunächst mit Enthusiasmus begrüßten Übungen wurden bald zum Auslöser für Unmut und Aggressionsäußerungen gegenüber dem klinischen Überwachungspersonal. Die Probleme, die bei Bewegungsübungen mit extrem adipösen Patienten auftreten, z.B. Gelenkbelastungen durch das enorme Körpergewicht, Pulsfrequenz und Blutdruck, diskutieren C. GOODMAN und M. KENRICK (100).

9. 3 Psychotherapie bei Adipositas

Ein bißchen Psychotherapie ist bei den meisten psychologischen oder ärztlichen Gesprächen dabei - so ließe sich, -W. TOMAN etwas freier zitiert- dieses Kapitel überschreiben. Nicht selten wird Psychotherapie gleichgesetzt mit ärztlichem Gespräch, häufiger natürlich bezieht man sich auf therapeutische Praktiken, die verschiedenen Lehrmeinungen entstammen. Dabei dominieren erwartungsgemäß die psychoanalytisch- und verhaltenstherapeutisch orientierten Schulen mit den Varianten von Einzel- und - wegen der größeren Ökonomie weit häufiger angewandten - Gruppentherapien neben den schon weniger oft zitierten Gesprächstherapien. Vorweg geschickt werden kann, wie auch allen anderen Therapieansätzen, daß Erfolge häufig beobachtet werden. Die Langzeiterfolge dagegen sind das zentrale, bislang noch nicht genügend gelöste Problem jedes konservativen therapeutischen Ansatzes. H.K. FISCHER (77) ist der Ansicht, daß Adipöse, wie andere, etwa von Alkohol, Nikotin oder Drogen Abhängige, aufgrund ihrer spezifischen Persönlichkeitszüge günstigerweise entweder mit Einzel- oder Gruppentherapien behandelt werden sollten. Die Abhängigkeit der Person soll im Verlauf der Therapie gelöst, das Selbstwertgefühl und die Eigenkontrolle aufgebaut werden. Konkrete Therapieanweisungen werden jedoch von FISCHER nicht gegeben.

H.O. KLEINE (158) fordert neben medikamentösen physikomechanischen oder diätetischen Maßnahmen ausdrücklich die Psychotherapie, weil er die Ansicht vertritt, daß bei der Adipositas seelische Störungen nicht nur Folgen, sondern auch Ursachen sein können. Bei der Psychotherapie - und damit bezieht sich KLEINE auf den Wiener Internisten C.v. NOORDEN - käme es darauf an, die Willenskraft der Patienten zu stärken, denn "die Art der Durchführung einer Entfettungskur sei ein Prüfstein für den Charakter" (158, S. 266). Zwei Arten von Psychotherapie sind seiner Meinung nach angezeigt, die "aktive" und die passive". KLEINEs Beschreibungen der Therapieformen lassen vermuten, daß die "passive" eine Variante der nondirektiven Therapie, die "aktive" eine eher erzieherische Maßnahme des Arztes sein könnte.

"Gerade bei Patienten mit vorwiegend auf Genüßlichkeit beruhender Adipositas ist eine aktive Psychotherapie am Platze, die energisch eine radikale Änderung im Verhalten des Kranken anstrebt, in der Erkenntnis, daß hier eine solche Umstellung durchaus möglich ist. In derartigen Fällen wird der Arzt mit Nachdruck aufklären, praktische Diätvorschläge machen und mahnen, um diese Kranken aus ihrer oft unglaublichen Gleichgültigkeit gegenüber ihrem Körper herauszureißen. Im einzelnen bieten sich viele Möglichkeiten: Die rein sachliche Belohnung, der Appell an die Selbstdisziplin und an das Verantwortungsgefühl gegenüber der Familie, die Betonung des ästhetischen Moments (besonders bei Frauen!), die Warnung vor den gefährlichen Folgen der Fettsucht, der Hinweis auf nachahmenswerte Vorbilder" (158, S. 266).

Etwas pessimistisch stimmen die Befunde von D.B. JEFFREY und E.R. CHRISTENSEN (144), die zeigen konnten, daß der Appell an Selbstdisziplin und Willenskraft keinerlei Effekte auf die Gewichtsabnahme der beobachteten Versuchspersonen hatte.

Verhaltenstherapien bringen eher den gewünschten Erfolg. Gruppentherapien - manchmal mit von vornherein begrenzter Anzahl von Sitzungen - bringen in der Regel erwünschte Gewichtsabnahmen. H. FREYBERGER und B. KARK (81) beobachteten nach zwanzig Sitzungen innerhalb von zehn Monaten neben einer durchschnittlichen Gewichtsabnahme von sieben Kilogramm eine "bemerkenswerte aktive Entspannung" (81, S. 268). Die Autoren glauben, daß die Gruppentherapie besonders deshalb für Adipöse geeignet sei, weil ihnen über Identifikationsmöglichkeiten die Entwicklung der Affektivität schneller als in Einzeltherapien möglich sei. Anzumerken ist, daß die Gruppen nach non-direktiven Gesprächstechniken geführt wurden.

L.S. LEVITZ und A.J. STUNKARD (173) untersuchten die therapeutische Wirksamkeit der Gruppentherapie mit dem Ziel der Verhaltensmodifikation in drei Varianten: eine Gruppe unterzog sich dem

regulären TOPS- (Take Off Pounds Sensibly) Programm, die zweite Gruppe wurde von einem Experten und dem TOPS-Leiter von Ernährungs- und Erziehungsvorträgen, die dritte Gruppe nur von letzterem geleitet. Während der dreimonatigen Behandlungsmethode erbrachten die Verhaltensmodifikations-Gruppensitzungen die deutlichsten Erfolge. Die Unterschiede zum regulären TOPS-Programm waren nach einer neunmonatigen Nachuntersuchung noch größer.

R.J. McCALL (188) konnte anhand von MMPI-Veränderungen die gruppentherapeutischen Einflüsse objektivieren. Die deutlichsten Verbesserungen - ausgedrückt durch Annäherungen an die Normwerte im MMPI - zeigten jene Patienten, die vor der Reduktionskur die größten Abweichungen aufwiesen. D.L. SNOW und M.L. HELD (277, 278) untersuchten weibliche Jugendliche. Sie vertreten ebenfalls die Ansicht, daß, besonders für diese Gruppe Adipöser, Gruppentherapie empfehlenswert sei, da die psychische Stabilisierung als Voraussetzung für den Erfolg der Gewichtsreduktionskur anzusehen sei. Als Hauptprobleme dieser Patientengruppe erkennen sie Abhängigkeit, externalisierte Kontrolle, Depression und Mißtrauen gegenüber der Gesellschaft. Vergleichbare Befunde liefert auch R.H. HOROWITZ (129).

Gruppentherapien lassen sich nur unter bestimmten Bedingungen im Klinikalltag durchführen; die fachlichen Anforderungen an Gruppentherapeuten sind bekanntlich höher als an Einzeltherapeuten, besonders dann, wenn die Therapie analytisch orientiert ist. Auf die besonders in Kliniken auftauchenden Schwierigkeiten weisen R.E. LASSITER und A.B. WILLETT (167) aufgrund eigener Erfahrungen hin.

Fragen der Ökonomie dürften für viele Institutionen ein relevanter Gesichtspunkt bei der Auswahl therapeutischer Methoden sein. Hier stehen an erster Stelle alle Verfahren, die man unter dem Sammelbegriff "Biblio-Therapie" (111, 74) zusammenfassen kann.

R.C. HAGEN (111) untersuchte die Gewichtsreduktion unter den Bedingungen Gruppentherapie, Biblio-Therapie - das heißt, den Patienten wurde ein Manual ausgehändigt - und einer Kombination beider Varianten im Vergleich zu einer Kontrollgruppe. Bezüglich der Effektivität unterschieden sich die drei Bedingungen nicht voneinander, auch nicht nach einem Beobachtungszeitraum von vier Wochen. Die Teilnehmer der Gruppensitzungen schätzten dagegen ihren therapeutischen Erfolg als wesentlich höher ein als die Teilnehmer der Biblio-Therapiegruppe.

In Deutschland haben sich einige professionelle Gruppen mit Varianten der Biblio-Therapie beschäftigt. Hier ist z.B. das Institut von W. HOELTZ zu nennen, das für interessierte Fettsüchtige ein computerunterstütztes Diätprogramm entwickelt hat (126). Von den Patienten werden sehr differenzierte Angaben über Essverhalten, Rauchgewohnheiten und körperliche Aktivitäten erhoben. Diese Daten dienen im Vergleich mit einem Diätplan zu einer individuell abgestimmten Diät. Mit Hilfe eines Rechners werden wöchentliche Datenerhebungen bei den Patienten vorgenommen und jeweilige Korrekturen im Ernährungs-"Fahrplan" vorgenommen.

Eine andere Variante ökonomischen Vorgehens bei der Therapie der Adipositas stellen die Selbsthilfegruppen dar. Analog der Anonymen Alkoholiker haben sich kleinere und größere Gruppen zu Verbänden, wie die "Weight-Watchers" zusammengeschlossen. In Deutschland erscheint diese Bewegung weniger publik zu sein als in Amerika. J.R. GARB und A.J. STUNKARD (83, 84) untersuchten die Erfolge einer Selbsthilfegruppe innerhalb eines Zeitraumes von zwei Jahren. Die Fluktuation erscheint recht groß - nach einem Jahr waren nur noch dreiundfünfzig, nach zwei Jahren nur noch dreißig Prozent der anfänglichen Mitglieder in der Gruppe. Nach zweijähriger Beobachtung konnte eine durchschnittliche Gewichtsabnahme von etwas mehr als sieben Kilogramm pro Jahr registriert werden. GARB und STUNKARD sind der Auffassung, daß hier die Einführung verhaltenstherapeutischer Techniken erfolgsfördernd wäre.

S. WAGONFELD und H.M. WOLOWITZ (311) befaßten sich mit erfolgreichen Absolventen von TOPS-Programmen. Sie konnten keine Auffälligkeiten, was die Persönlichkeit der Gruppenmitglieder angeht, feststellen, aber "the authors were struck by the theme of aggression played out among members" (311, S. 249).

D.B. JEFFREY (143) teilte zweiundsechzig adipöse Männer in drei Versuchsgruppen auf. Wegen der in der Literatur fast immer vorfindlichen Erfolge aller möglichen therapeutischen Maßnahmen verzichtete er auf eine Kontrollgruppe. Die drei Versuchsbedingungen waren je eine Selbstkontrollgruppe mit der Bedingung, daß ausgeschiedene Mitglieder ergänzt bzw. nicht ergänzt wurden und eine Gruppe mit externer Kontrolle durch einen Therapeuten, der Erfolge mit von den Teilnehmern vorher einbezahlten, unterschiedlichen Geldbeträgen belohnte. Es zeigte sich, daß beide Selbstkontroll-Gruppen erfolgreicher waren, als die extern kontrollierte Gruppe. Die Nachuntersuchung erfolgte nach sechs Wochen.

Selbst-Kontrolle-Experimente wurden in mannigfaltigen Variationen durchgeführt. Carole GYGI et al. (110) berichten von einem Experiment, wo in Einzelversuchen Probanden im Rahmen eines zwölfwöchigen Programmes lernten, sich mit ihren eigenen Problemen - während kurzer Sitzungen - intensiv zu beschäftigen. Die Hypothese dabei war, daß Fettsucht zum Teil auf einer Konfusion von Gefühlszuständen beruht, welche in ihrem Zusammenspiel mit der Umwelt übermäßiges Essen bewirken. Für freiwillige Versuchspersonen mit nur mittelmäßig ausgeprägter Fettsucht erwies sich diese Methode als erfolgreich.

Im Prinzip vergleichbare Untersuchungen (242, 243, 53, 112) zeigen fast ausnahmslos Erfolge. Besonders intensiv betreute Programme, wie sie etwa von R.J. WESTLAKE et al. (322) berichtet werden, erbringen bessere Langzeitwirkungen. M.J. MAHONEY (182) berichtet von einem Experiment mit freiwilligen Übergewichtigen. Sie registrierte zwei Wochen lang ihr Eßverhalten und ihre Gewichtsschwankungen. Dann wurden die Teilnehmer auf vier ver-

schiedene Arten weiter betreut, wobei sie sich für Erfolge bei den Reduktionsprogrammen selbständig belohnen konnten. Erfolge waren die Veränderungen der Eßgewohnheiten und Gewichtsverlust. Am effektivsten erschien die Variante "Belohnung für Verhaltensänderung".

A.S. BELLACK (18) fand ebenfalls günstigere Ergebnisse in der Untersuchungsgruppe mit der Variante "Selbst-Verstärkung" im Vergleich zur Kontrollgruppe die lediglich ihr Eßverhalten und ihr Gewicht protokollierte. Die unterschiedlich gestalteten Einflußnahmen durch den Therapeuten bewirkten in diesem Experiment keinen statistisch bedeutsamen Unterschied.

9. 4 Verhaltenstherapie

Verhaltenstherapeutisch gestaltete Programme sind personalintensiv und erfordern eine spezielle Ausbildung der Therapeuten. Deshalb sind ihre Einsatzmöglichkeiten häufig auf Kliniken beschränkt. Verhaltenstherapeutische Techniken sind in den meisten der im vorangegangenen Kapitel beschriebenen Methoden der Selbsthilfe-Gruppen enthalten. Ein genauer beschriebenes Programm zur - lerntheoretisch begründbar erfolgversprechenden - Loslösung des Eßverhaltens von gewohnten Reizsituationen beschreiben z.B. J.E. MARTIN und D.A. SACHS (341) anhand eines Fallbeispiels. Neben den früher häufig angewandten Methoden, die mit Hilfe des Operanten Konditionierens (18, 182) der Selbstkontrolle (110, 143, 206), der Anwendung aversiver Reize oder Angst (z.B. 26, 83) oder der Schließung eines Kontraktes bei Reduktionsprogrammen (z.B. 110, 144, 145) werden in letzter Zeit auch das Modelllernen (150) und Trainingsprogramm zu Selbsteinschätzungen (z.B. 110, 182, 242) eingesetzt. Prinzip aller verhaltenstherapeutischen Ansätze ist, daß "eingeschliffene Handlungsketten unterbrochen und ein neues Eßverhalten aufgebaut" (150, S. 1886) werden.

H.D. BASLER und D.R. SCHWOON (14) beurteilen die Verhaltenstherapie aufgrund eigener Erfahrungen und Literaturdurchsicht als sehr vielversprechende Methode zur Behandlung der Fettsucht.
M. WEISENBERG und

D. FRAY (319) befinden aufgrund ihrer Untersuchungen an einer kleinen Stichprobe Adipöser - verschiedene Rassen- und Völkerzugehörigkeit -, daß sich die erprobten verhaltenstherapeutischen Programme auch in der Klinikroutine - mit dem weit gestreuten Patientengut - anwenden lassen müßten. P. BALCH und A.W. ROSS (12) konnten die starke Abhängigkeit des Erfolges von der Intensität, mit der ein verhaltenstherapeutisches Programm durchgeführt wird, zeigen. Beim "reduzierten" gruppentherapeutischen Programm waren die Gewichtsverluste deutlich geringer.

H.E. KERER und H. LÖTTES (150) berichten von ihren verhaltenstherapeutischen Erfahrungen unter Nutzung des Modellernens. An ihrer Arbeit werden die außerordentlichen Anforderungen, die so ein Programm an den Therapeuten stellt deutlich. Sie zeigen anhand von Fallbeispielen die Anwendung verschiedener Methoden, wie aversive Reizzufuhr (18), Kontraktabschluß, covert conditioning (43, 38, 66, 79) und Modellern. Die Erfolge ihrer Therapeuten sind bemerkenswert.

Zur Methode des covert conditioning werden aber auch Mißerfolge berichtet. So berichten J.P. FOREYT und R.L. HAGEN (79) keine bemerkenswerten Gewichtsreduktionen mit dieser Methode. Dabei werden sich - entsprechend der Prinzipien operanter Konditionierung- "bei den therapeutischen Sitzungen in der Entspannung die angenehme Empfindung beim Genuß einer Speise" vorgestellt, "um dann sofort auf eine unangenehme Vorstellung (Übelkeit, "die Hose platzt", u.a.)" umzuschalten (150, S. 1869).

R.G. ROMANCZYK et al. (243) untersuchten die relative Effizienz der häufig angewendeten verhaltenstherapeutischen Programme. Sie konnten zeigen, daß die Methoden "Selbstkontrolle und Selbstbeobachtung, Belohnung, aversive Vorstellungen und Entspannungsübungen" zu signifikant größeren Gewichtsabnahmen führen, als das Registrierenlassen von täglichen Gewichtsschwankungen. Als wirksam erwies sich auch die Methode des Registrierens der täglichen Kalorienaufnahme. Bei der Kontrolle der Langzeiteffekte

- zwölf Wochen nach Beendigung der Therapie - erwiesen sich die Programme mit einer intensiven Patientenbetreuung als überlegen.

Die Bedeutung verhaltenstherapeutischer Methoden betonen auch D.B. JEFFREY et al. (145). Sie warnen jedoch davor, Therapien, die auf lerntheoretischer Grundlage aufgebaut sind, als Allheilmittel zu betrachten. Adipositas sei ein außerordentlich komplexes Phänomen, über das vieles noch nicht bekannt sei und das noch erforscht werden müsse.

9. 5 Therapien bei Kindern und Jugendlichen

Auf die Besonderheiten der Behandlung von Kindern soll nur kurz eingegangen werden. Wegen des Wachstums und der dadurch bedingten organischen Belastung, wird allgemein von drastischen Reduktionskuren abgeraten (127, 68, 39). Auch hier wird zur diätetischen Therapie eine psychotherapeutische oder psychisch stützende Begleitmaßnahme gefordert (68, 127, 312). Caroline I. STEELE (284) kommt aufgrund theoretischer Analysen und praktischer Falldarstellungen zur Feststellung, daß Adipositas als eines der möglichen Symptome bei Kindern anzusehen ist, mit denen sie auf Verluste an elterlicher Zuwendung reagieren. STEELE meint, daß die untersuchten Mädchen eine Transposition des emotionalen Hungers in Gefühle physischen Hungers durchmachen und diese Sensationen durch Essen befriedigen. Die psychologische Aufarbeitung dieser Konflikte ist wesentlicher Bestandteil der Therapie. Die meisten Autoren - das sei noch erwähnt - schlagen Bewegungstherapie, Sport, als unterstützende Maßnahme vor (68, 127).

Für die schwersten und therapieresistentesten Fälle haben sich meines Wissens nach erstmalig J.G. RANDOLPH (233) für die chirurgische Therapie durch eine "bypass"-Operation entschlossen. Hier scheinen die Probleme mit jenen, die sich bei der Operation von Erwachsenen ergeben, vergleichbar zu sein.

9. 6 Seltener angewendete Verfahren zur Therapie der Adipositas

Dieses Kapitel ist möglicherweise nicht objektiv richtig überschrieben. Man kann nur ahnen, welche Bedeutung und Verbreitung Methoden haben, die in wissenschaftlichen Fachzeitschriften nicht oder selten publiziert werden, und so kann es durchaus sein, daß die eine oder andere, der in diesem Kapitel aufgeführten Methoden bei genauer Prüfung tatsächlich häufiger als die vorher genannten Verfahren Anwendung findet. Ohne die Möglichkeit zu haben aus der Literatur einen Überblick über die eingesetzten "Hausmittel" oder "Geheimtips" zu gewinnen, darf man doch vermuten, daß eine ganze Reihe solcher Methoden praktiziert werden. Die Darstellung muß sich hier also auf in allgemein zugänglichen Quellen publizierte Verfahren beschränken.

Hypnose wird in verschiedenen Varianten eingesetzt (76, 43, 240). S.J.T. ROBERTSON (240) schränkt die Wirksamkeit auf jene Personen ein, die ernsthaft bereit sind, auf die Freuden des Essens zu verzichten; er fordert eine genaue Auswahl der Patienten. Begleitende Maßnahmen der durch Hypnose-Unterstützung erreichten Gewichtsreduktion - die Patienten unterziehen sich einer drastischen Reduktionsdiät - und der dadurch bedingten psychischen Probleme, wie depressive Verstimmungen, sind nötig.

Über eine Variante des covert conditioning (siehe 9. 4) in der Hypnosetherapie berichtet J.R. CAUTELA (43). Er hält seine Methode für erfolgversprechend, fordert aber noch weiterführende Untersuchungen um die Wertigkeit der Methode abschließend beurteilen zu können.

Varianten der Akupunktur wurden schon bei verschiedenen Suchtformen eingesetzt. Über "ermutigende Ergebnisse" mit der "auricular staplepuncture" bei der Therapie der Adipositas berichtet L.L. SACKS (247). Beinahe in jeder größeren Stadt bieten niedergelassene Akupunktur-Therapeuten ihre Hilfe bei Reduktionskuren

an. W. THIEL, ein in Nürnberg praktizierender Therapeut, bietet, nach mündlichen Auskünften, eine dreimonatige Erfolgsgarantie. Er berichtet über zweidrittel "echte Erfolge", womit er weitergehende Gewichtsabnahmen nach der dreimonatigen Kur bezeichnet. In der Regel sind bei der von ihm selbst entwickelten Akupunktur-Technik etwa drei Behandlungen nötig, um den Appetit des Patienten stark zu senken. Zusätzliche Maßnahmen, wie das Führen von Therapieplänen erachtet er als unnötig.

Nur erwähnt sei, daß gelegentlich für die Therapie der Adipositas auch stereotaktische Operationen angewendet werden. Genauere Hinweise und Literatur finden sich z.B. bei S. ETH (72). In letzter Zeit wird häufiger auf Kongressen oder in der Sekundärliteratur von einer Behandlungsmethode der Fettsucht berichtet die ermutigende Ergebnisse erbracht hat: Adipösen werden die Kiefer verdrahtet, so daß sie nicht mehr kauen und nur noch Flüssigkeiten zu sich nehmen können.

9. 7 Die chirurgische Therapie

Die operative Therapie der Adipositas wird erst seit einigen Jahren - und auch nur an relativ wenig chirurgischen Kliniken durchgeführt. Schon länger werden chirurgische Eingriffe, etwa zur Entfernung von Fettschürzen oder anderer, unansehnlicher Fettablagerungen vorgenommen. Die Resektion von Fettdepots ist allerdings am effektivsten nach einer erfolgreichen Reduktionskur. Therapeutisch sind sie sinnvoll, da pro Gramm Fett etwa neun Kalorien abgebaut werden, und die resezierten Fettzellen natürlich auch für neue Fettablagerungen nicht mehr zur Verfügung stehen (135, S. 31). Die Wirkung ist jedoch relativ gering - verglichen mit dem Aufwand und den Risiken einer Operation.

Therapeutische Maßnahmen, wie die verschiedenen Formen der bypass-Operationen wurden in Amerika vor etwa fünfzehn Jahren entwickelt und später auch in Deutschland weiter ausgearbeitet: Hauptproblem ist bis heute die Stabilisierung des Elektrolyt-Stoffwechsels geblieben. B. HUSEMANN (135, 136, 137, 138) trug wesentlich

zur Weiterentwicklung dieser chirurgischen Technik bei. In zahlreichen Tierversuchen und mit unterschiedlichen Anastomose-Techniken wurde versucht, einen optimalen Kompromiß zwischen erwünschter Gewichtsreduktion - durch Malabsorption - und unerwünschten Nebenwirkungen zu ermitteln. Alle Personen, die in dieser Studie untersucht werden, hatten sich bei B. HUSEMANN um die operative Therapie beworben. H. FREYBERGER schreibt "HUSEMANN verfügt aufgrund seiner Beobachtungen an 250 operierten Patienten über die weitestgreifenden Erfahrungen im deutschsprachigen Bereich... Darüber hinaus zeichnen sich die HUSEMANNschen Ergebnisse durch eine gute wissenschaftliche Dokumentation aus" (80, S. 8).

Die Operationstechnik soll hier nur sehr kurz und allgemein beschrieben werden. Mittlerweile existiert über sie eine umfangreiche Fachliteratur (z.B. 135, 60, 133).

Die Operation dient einer Dünndarmverkürzung. Vom gesamten Dünndarm, dessen Länge zwischen 4 und - in extremen Fällen - 8 m schwanken kann, bleiben nur etwa 50 cm funktionsfähig. Dadurch können weniger Nährstoffe aufgenommen werden, was trotz ungeänderter Eßgewohnheit zur Gewichtsabnahme führt. Wenn das Normalgewicht erreicht ist, wird der ausgeschaltete "Dünndarm-Anteil" wieder eingeschaltet.

Neuere Erkenntnisse führten bald zu einer Operations-Technik, die eine "Wiedereinschaltung" des Dünndarms überflüssig machte. Die Operation ist also "harmloser"; die nach den ersten Operationen beobachteten, zum Teil massiven Stoffwechsel-Störungen, sind weniger dramatisch geworden. Der besonders betroffene Kalium-Stoffwechsel kann heute durch abgestimmte Ernährung und Substitution durch Medikamente, in Ordnung gehalten werden (135 a.a.O.). Immerhin ist für die Operation ein etwa zweiwöchiger Krankenhaus-Aufenthalt nötig. Es bleibt eine etwa 40 cm lange Bauchnarbe. Die Indikationsstellung ist für diesen operativen Eingriff sehr streng. HUSEMANN fordert allgemein

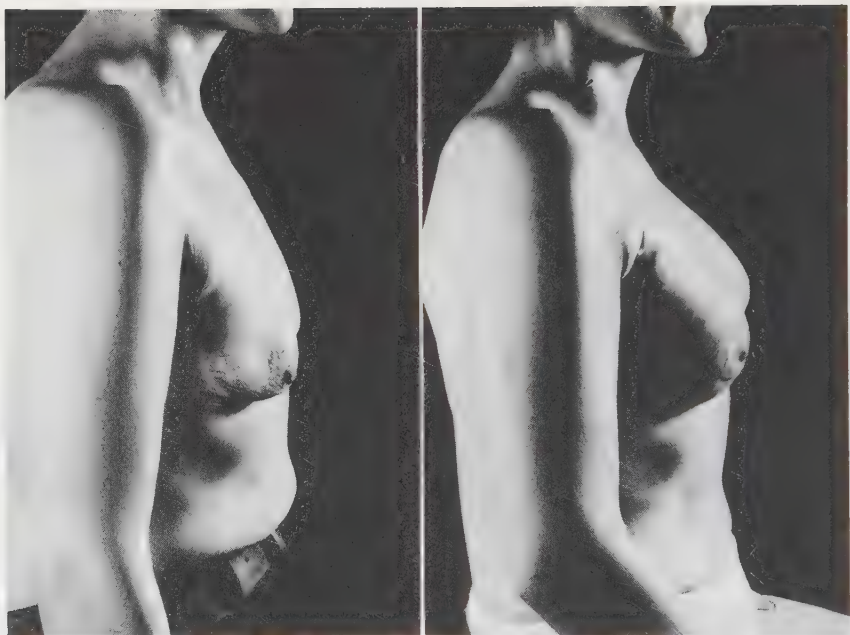
- Übergewicht von mehr als 100 Prozent über mehrere Jahre
- Lebensalter zwischen 18 und 50 Jahren
- mehrfache, möglichst stationäre, erfolglose Reduktionskuren.

R.S. KALUCY und A.H. CRISP (147) geben ähnlich strenge Einschlußkriterien für eine Operation an. Sie erweitern sie noch um das Merkmal "Psychopathie".

Anzumerken ist, daß B. HUSEMANN (137) seit 1976 eine Variante der chirurgischen Therapie der Fettsucht, den Magen-Bypass, zunehmend häufiger einsetzt. Diese Methode hat den entscheidenden Vorteil, daß Malabsorptionen vermieden werden, jedoch den Nachteil, daß die Gewichtsabnahmen bei weitem nicht so dramatisch wie bei der Jejunio-Ileostomie sind (Literatur auch 138).

Die folgenden Bilder sollen die Operationsfolgen veranschaulichen. Das Beispiel dieser nicht so extrem übergewichtigen Frau wurde ausgewählt, da auch Aufnahmen nach der plastischen Korrektur vorliegen. Das zweite Beispiel des ehemals extrem übergewichtigen Patienten zeigt anschaulich die Dringlichkeit plastischer Operationen nach drastischer Gewichtsreduktion.





10. Folgen der Gewichtsreduktion

Mit den psychischen Folgen der Gewichtsabnahme befaßten sich eine ganze Reihe von Autoren wie z.B. A.J. STUNKARD (291), A.J. STUNKARD und J. RUSH (297), H. LAGEDER (166), E.A. PESCATORE (217), S. NATHAN, D. PISULA (207), G.R. LEON und K. CHAMBERLAIN (172), J. GRINKER (105), R.B. GOLDRICK et al. (99) oder K.J. BOLDEN (24).

Von A.J. STUNKARD und J. RUSH (291, 297) wurde der Begriff der "dieting depression" geprägt. Damit sollen die Beobachtungen von häufig depressiv getönten Verstimmungszuständen während Reduktionsdiäten bezeichnet werden. STUNKARD untersuchte die Bedingungen, unter denen es zu widerspenstigem oder depressivem Verhalten kommt. Dabei scheinen besonders jene Personen anfällig zu sein, bei denen die Fettsucht schon seit früher Jugend besteht. Eine drastische Kalorienreduktion scheint die Symptome öfter zu provozieren als totales Fasten; eine ambulante Behandlung scheint mehr Streß als eine stationäre zu erzeugen. Trotzdem wird diese Methode häufig empfohlen. H. LAGEDER (166) glaubt, nach sorgfältiger Abwägung von Vor- und Nachteilen, daß die Nebeneffekte der Fastentherapie durch den Arzt gut kontrollierbar seien. C. GERHARD et al. (88) berichten, daß die Mehrzahl ihrer Patienten als Nebeneffekte der Fastenkur depressive und ängstliche Verstimmungszustände erlitten, die ärztliche Unterstützung erforderlich machten.

H.H. ARETZ et al. (5) untersuchten während einer 18-wöchigen Reduktionskur 30 Adipöse, 12 Männer und 18 Frauen. Die psychologische Testbatterie enthielt den EYSENCK-Personality Inventory, die Eigenschaftswörterliste Activity Vector Analysis und einen Zusatzfragebogen zur Erfassung sozioökonomischer und familiärer Faktoren und der Freizeitgestaltung. Die Patienten wurden in drei Gruppen entsprechend ihrer Gewichtsabnahme eingeteilt. Es zeigte sich eine mit der Gewichtsabnahme korrelierte Steigerung

der psychischen Stabilität, Extraversion und eine Veränderung im Selbstbild. "Diese Änderung drückte sich in einer gesteigerten Aggressivität und einer vermehrten Bereitschaft zum sozialen Kontakt aus" (5, S. 778). Anzumerken ist, daß bei dieser Untersuchung nicht nur wegen der Patientenzahl sondern besonders wegen der unterschiedlichen Ausgangs-Niveaus der Extraversions- und Neurotizismuswerte für diese drei Gruppen (5, S. 779) die geringen Skalenwertunterschiede mit Vorsicht zu interpretieren sind.

R.B. GOLDRICK et al. (99) berichten über die Erfolge einer Reduktionskur mit Unterstützung eines "Appetitzüglers" (Fenfluramin). Alle Patienten hatten schon vorher an mindestens einer Reduktionskur erfolglos teilgenommen. Das Medikament wurde zweiundzwanzig der fünfzig Patienten gegeben, wenn keine Gewichtsabnahme mehr registriert werden konnte. Trotz hoher Dosen der Medikamente konnten keine weiteren Gewichtsverluste erzielt werden. Die Autoren schließen - neben einer Gewöhnung an den Appetitzügler - auf die nicht näher begründete mangelnde Motivation, die mit dem Übergewicht verbundenen Eßgewohnheiten zu ändern. Psychische Veränderungen als Folge der Reduktionskur, konnten hier nicht nachgewiesen werden.

Einen interessanten Aspekt zeigt die Arbeit von D.G. DALRYMPLE et al. (61) auf, die mögliche Zusammenhänge zwischen präoperativ erfaßten Merkmalen - Persönlichkeitsmerkmale und Schmerzschwelle und postoperativen Beschwerden untersuchten. Dabei zeigte sich ein statistisch bedeutsamer Zusammenhang zwischen der Höhe des Neurotizismus - und Schmerz-Skalenwertes und den physiologischen Variablen, die die Vitalkapazität innerhalb der ersten zwei Tage nach der Operation anzeigten.

Die Probleme nach der operativen Therapie, sind in erster Linie aus medizinischer Sicht behandelt worden (60, 280, 251), wobei die kosmetischen Operationen (135, 234, 280), auch unter dem psychologischen Aspekt zu diskutieren wären. L. WEISS (320) beobachtete postoperativ psychopathologische Reaktionen bei einigen

Patienten. Die Untersuchung ergab, daß diese Reaktionen bei den Patienten auftraten, die der Operation primär aus psychosozialen Gründen zustimmten. Keine auffälligen psychischen Komplikationen ergaben sich bei der anderen Gruppe, die sich vorwiegend aus gesundheitsbezogenen Gründen zu einer Operation entschlossen hatte.

C. BREWER et al. (30) konnten bei einer Nachuntersuchung - neun bis siebenundzwanzig Monate nach der Operation - feststellen, daß die beobachteten Symptome "compulsive eating", begleitet von depressiven Verstimmungen bei den Patienten nicht mehr nachweisbar waren. In keinem Fall konnten sie Symptom-Substitutionen erkennen; alle "psychiatric symptoms" erschienen verbessert oder gelöscht zu sein, was die Autoren zur Annahme führt, daß das Symptom "Adipositas" bedeutsamen und generalisierenden Anteil an den beobachteten psychischen Problemen Adipöser hat. Auch C. SOLOW et al. (279) berichten über deutliche Verbesserungen der Stimmungslagen, Selbsteinschätzungen, Ich-Stärke, Aktivitäten usw. nach operativer Therapie. Als wichtigste Verbesserung erkennen sie die Abnahme von depressiven Stimmungen, Minderwertigkeits- und Hilflosigkeitsgefühlen. Die relative Unfähigkeit, interne Reize zu erkennen, scheint sich mit zunehmender Gewichtsreduktion zu verlieren. Symptom-Substitutionen konnten auch sie nicht beobachten.

M.J. MILLS und A.J. STUNKARD (203) berichten von einer Normalisierung des Eßverhaltens, psychischer Stabilisierung und im Vergleich zum Zeitraum vor der Operation oder nach vorangegangenen Reduktionskuren seltener zu beobachtenden dysphorischen Stimmungen. Die Autoren schließen, daß nicht allein das Faktum der Gewichtsreduktion durch Malabsorption für die erfolgreichen postoperativen Verläufe verantwortlich sein kann.

A.H. CRISP et al. (56) konnten anhand aufwendiger Methoden, wie EEG und Verhaltensbeobachtungen, eine Änderung des Schlafverhaltens als Folge der Gewichtsreduktion nachweisen. Diese Veränderungen scheinen in keinem Zusammenhang mit Stimmungslagen zu stehen.

Allgemein müßte bei Erfolgskontrollen immer die - außerordentlich schwierig erfaßbare - Güte der ärztlichen Betreuung berücksichtigt werden (6, 41, 113, 185, 13, 331). Auch nach chirurgischer Therapie erachtet es B. HUSEMANN als unerläßlich die Patienten - nicht nur aus rein medizinischen Gründen - weiterhin zu betreuen. Meist ist ein kurzes Gespräch ausreichend. In einigen Fällen beobachtete HUSEMANN jedoch postoperative Beschwerden, die in keinem erkennbaren Zusammenhang mit dem Eingriff standen.

Unangenehme Folgeerscheinungen der Operation sind besonders die häufigen Toilettengänge. Die Patienten berichten von bis zu 40 am Tag; die häufigsten Werte liegen bei etwa 10 bis 15. Der Stuhl ist anfänglich dünnflüssig und verlangt, wenn er nicht schmerzhafte Wundstellen hervorrufen soll, vom Patienten eine recht intensive Pflege des Analbereiches mit Hautcremes oder Ölen. Erst nach etwa 1 1/2 Jahren werden der Stuhl konsistenter und Durchfälle seltener.

Regelmäßige Arzt-Besuche mit Blutkontrollen - im 1. Jahr alle 14 Tage - bleiben nötig. Die Gewichtsabnahme führt weiterhin zu unansehnlichen Hautfalten, die meistens operativ entfernt werden. Kosmetische Korrekturen werden in der Regel in zwei Operationen durchgeführt.

Über alle diese Begleiterscheinungen, mit dem Hinweis auf die direkten Operations-Risiken, wird der Patient informiert. Er meldet sich dann zur Operation an und kann, - bei durchschnittlich langer Warteliste, - nach etwa 1/2 Jahr mit dem Eingriff rechnen. Je nach personeller Ausstattung der Klinik kann es aber unter Umständen zu Wartezeiten bis über ein Jahr hinaus kommen.

S.R. RIGDEN und D.Q. HAGEN (238) publizierten 1976 Ergebnisse einer Längsschnittuntersuchung an 21 Patienten sechs Monate nach der bypass operation; 18 Patienten konnten nach dreißig Monaten wieder untersucht werden. Mit der Gewichtsabnahme zeigte sich über ein Drittel der Patienten sehr unzufrieden, ein weiteres

Drittel gab an, weniger als erwartet abgenommen zu haben und 28 % der Patienten waren voll zufrieden. Bei etwa 60 % der Patienten konnten nach drei Monaten Erkrankungen festgestellt werden, bei denen ein Zusammenhang mit der Operation vermutet werden mußte; zwei Patienten sind im Untersuchungszeitraum verstorben. Die Autoren berichten, daß bei allen Patienten die physische und sexuelle Aktivität zugenommen habe. Bei etwa 60 % konnte eine Veränderung des Eßverhaltens registriert werden. Etwa die Hälfte der Patienten brauchte postoperativ psychologischen oder psychiatrischen Beistand, sie fühlten sich unglücklicher als vor der Operation, nahmen Antidepressiva; bei zwei Patienten konnte eine Beseitigung praeoperativer psychischer Probleme festgestellt werden. RIGDEN und HAGEN gelangen zu dem Schluß, daß bypass-Operationen als effektive Methode zur Gewichtsreduktion und Aufrechterhaltung des nach Abnahme erreichten Gewichtes angesehen werden können. Die von ihnen berichteten körperlichen und psychischen Probleme stehen ihrer Meinung nach im Einklang mit den Befunden, die auch von anderen Operateuren berichtet werden. Bei den Patienten, die ihr Eßverhalten ändern konnten, zeigten sich insgesamt die geringsten postoperativen Beschwerden. Psychische Schwierigkeiten blieben bei etwa der Hälfte der Patienten auch nach dreißig Monaten evident. Aufgrund ihrer Untersuchungen stellen die Autoren eine Liste von Merkmalen auf, die zur Vorauswahl von Patienten dienen soll; die in der untenstehenden Tabelle aufgelisteten Merkmale lassen einen optimalen bzw. suboptimalen postoperativen Verlauf erwarten.

"Criteria for Suboptimal and Ideal Patients

COMPOSITE OF A SUBOPTIMAL PATIENT

1. History of unstable relationships, manifested by such situations as divorce.
2. An educational background of solely grade school or grade school and some high school.
3. Not overweight until a stressful event in his adulthood.
4. History of nervousness, feeling sad, crying spells and insomnia.

5. An especially low regard for his personal appearance.
6. Does not fit into the "jolly fat man" stereotype.
7. History of previous psychiatric therapy.
8. Regards the world as basically hostile and threatening.

COMPOSITE OF AN IDEAL PATIENT

1. History of stable relationships.
2. An educational background of high school, high school plus some college, or college.
3. History of juvenile obesity.
4. Has made relatively stable social and psychologic adjustment.
5. Although morbidly obese, does not tend to greatly deprecate his appearance.
6. Considers himself "jolly" and probably generally views the world as friendly or, at worst, neutral.
7. Has not needed psychiatric therapy in the past" (238).

C DATENERHEBUNG UND BESCHREIBUNG DER STICHPROBEN

In Anbetracht der widersprüchlichen Befunde der Literatur erscheint es mir nicht sinnvoll eine Zusammenfassung zu versuchen: Kaum ein Ergebnis blieb unwidersprochen; Verallgemeinerungen der Befunde für unsere Untersuchungsgruppe scheinen mir nicht rechtfertigbar zu sein.

Den üblichen Weg bei wissenschaftlichen Arbeiten, aus Literaturergebnissen und theoretischen Bezügen Hypothesen zu formulieren möchte ich hier nicht gehen, da damit eine Formalisierung des Untersuchungsansatzes angezeigt wird, der nicht intendiert ist. Es geht mir hier nicht in erster Linie darum, durch ein geschicktes Untersuchungs-Design Theorien auf ihre Konsistenz und Leistungsfähigkeit zu untersuchen - Hinweise darauf werden zwangsläufige Folge aus der Interpretation der Befunde sein - sondern ich möchte ganz pragmatisch in einer möglichst breit angelegten Pilot-Studie für die Untersuchungsgruppe charakteristische Merkmale suchen, mit dem Ziel, individuelle Verläufe zu protokollieren und Ansatzpunkte für begleitende psychische Maßnahmen zu finden. Die Auswahl der Tests und Fragebogen-Items war häufiger aus "vorwissenschaftlichen Vermutungen" als aus psychologischen Theorien sich zwingend ergebenden Schlüssen erfolgt.

Es ist schwer entscheidbar, ob es sinnvoll ist, die Gruppen in dieser Zusammenstellung für unsere Untersuchung zu belassen. Dafür spricht, daß die klinische Einteilung - genauso arbiträr wie jede andere, etwa jener nach Gewichtsgrenzen, - doch vielleicht dadurch homogene Gruppenschaft, daß alle Personen, unabhängig von ihrem Körpergewicht, daß gleiche Schicksal hinter sich haben. Dagegen spricht, daß sich die Reaktionen auf das "extrem Dicksein" und auf das "wieder Normalgewichtigsein", im Selbsterleben der einzelnen Personen unterschiedlich niederschlagen könnten. Besonders groß dürfte der Effekt dann sein, wenn der betreffende Patient schon vor relativ langer Zeit operiert wurde und mittlerweile sein Normalgewicht wieder erreicht hat;

weniger deutlich dürfte er bei vor kurzem operierten Patienten ausgeprägt sein. Zu berücksichtigen wäre dann auch noch die OP-Technik, denn es scheint sich abzuzeichnen, daß nach der neuen Operations-Methode die Gewichtsabnahmen schneller vor sich gehen.

Die konsequente Kontrolle aller möglichen Bedingungen würde den Rechenaufwand enorm steigern. Man müßte dazu Gruppen immer wieder neu zusammenstellen und vergleichen. Das Interesse an diesen Fragestellungen dürfte aber eher auf der Seite der Medizin liegen. Im Sinne unseres Arbeitszieles ist hier die Frage zu entscheiden, ob die beiden ersten Gruppen nicht deutlicher durch das Merkmal "Übergewicht", Ablehnung" bzw. "Warteliste" zu trennen sind.

Für eine Umgruppierung nach dem Körpergewicht spricht, daß uns die Reaktionen der Umwelt auf den Übergewichtigen interessieren. Vermutlich wird das Ausmaß des Übergewichtes, abhängig von der sozialen Umwelt, unterschiedlich toleriert. Das mag mit Berufsstand, Familie oder anderen Umweltbedingungen einhergehen. So wird vermutlich ein Bäcker- oder Metzgermeister eines Dorfes ein relativ höheres Übergewicht "haben dürfen", das von seiner Umgebung noch toleriert wird, als ein Beamter einer größeren Stadt. Letzteren wird vermutlich die Umwelt eher als "fett" bezeichnen. Für den Metzger oder Bäcker kann - in Abhängigkeit seiner sozialen Umwelt - eine bestimmte Korpulenz durchaus "Statussymbol" sein. Deshalb ist es für unsere Untersuchung wichtig, die Grenze so weit zu überschreiten, daß wir sicher nicht solche Effekte, wie unterschiedliche Toleranz durch die Umwelt, in der Untersuchungsgruppe berücksichtigen müssen.

Ein weiterer Grund für die Rechtfertigung der Umgruppierung ist die unterschiedlich lange Zeitdauer seit der Anmeldung: Wir haben stichprobenweise das Gewicht, das bei unserer Erhebung angegeben wurde, mit dem Gewicht verglichen, das der Betreffende bei

der ersten Anmeldung für die Operation angegeben hatte. Es zeigen sich zum Teil erhebliche Gewichtszunahmen, die bei erneuter Antragstellung zur Umgruppierung in die Warteliste führen würden.

Stichprobenweise wurde auch die Gewichtsangabe bei Antragstellung mit dem gemessenen Gewicht bei der ersten Vorstellung verglichen. Die Übereinstimmung war außerordentlich hoch, was doch für eine recht zuverlässige Gewichtsangabe der Adipösen bei ihren Anträgen spricht (Tabelle 1). Anzumerken ist noch, daß bei diesem enormen Übergewicht eine Fehlmessung, bedingt etwa durch unterschiedliche Waagen, in der Größenordnung bis etwa zwei oder drei Kilogramm kaum eine Rolle spielt.

Name		Gewicht gemessen angegeben		Größe gemessen angegeben	
H.	w	156	133	176	177
H.	m	135	130	172	171
H.	w	139	130	171	170
H.	w	135	129.5	171	170
H.	w	119	119	158	158
H.	m	130	131	170	169
H.	m	141	141	168	168
H.	m	260	191.5	187	185
K.	w	128	120	158	157
K.	w	126	123	158	157
K.	w	131	130	152	151
K.	w	126	127	162	162
S.	w	117	120	167	167
S.	w	123	123	165	165
S.	w	110	105	163	164
S.	w	136	145	170	169
S.	w	132	124	160	161
S.	w	147	125	170	170
S.	w	124	114	173	173
S.	w	125	120	169	169
S.	m	135	133	180	171
S.	w	130	125	175	175
S.	w	120	122	162	159
V.	m	143	140	177	173
V.	w	118	120	171	172
W.	m	190	190	186	186
W.	m	147	145	162	167
W.	m	144	141	179	172
W.	w	90	90	161	161
Z.	m	130	127	174	174

<u>Männer</u>	$\bar{x}=127.6$	$\bar{x}=123.3$	$\bar{x}=165.4$	$\bar{x}=166.0$
$r=0.91$	$s=14.1$	$s=11.8$	$s=6.5$	$s=6.8$
<u>Frauen</u>	$\bar{x}=156.4$	$\bar{x}=147.1$	$\bar{x}=177.0$	$\bar{x}=174.3$
$r=0.84$	$s=42.9$	$s=25.2$	$s=6.7$	$s=6.6$

Tabelle 1: Vergleich von Körpergröße- und Gewichtsangaben aus den Anträgen mit den zum Untersuchungszeitpunkt in der Klinik gemessenen Werten.

Aus den genannten Überlegungen erscheint es günstiger die Stichprobe zunächst in Gewichtsklassen zu gruppieren. Es ergeben sich so fünf Gruppen:

- I. Patienten, die überwiegend aufgrund zu geringen Übergewichtes abgewiesen wurden.
- II. Patienten der "Warteliste" für die Operation

Die Patienten nach erfolgter Operation werden in drei Gruppen geteilt:

- III. Patienten unter 20 % Übergewicht;
- IV. Patienten zwischen 20 % und 50 % Übergewicht;
- V. Patienten über 50 % Übergewicht;

Legende zu Tabelle 2 der folgenden Seite

GEW H:	Gewicht in kg zum Untersuchungszeitpunkt
GEW VOP:	Gewicht in kg vor der Operation
M.N. OP:	Monate nach der Operation
M.N. RV:	Monate nach der Rückverlagerung
%UEG-NG:	% Übergewicht, BROCA-Index
%UEG-IG:	% Übergewicht, BROCA-Index - 10%

WEIBLICH

GRUPPE	1	2	3	4	5
	MITTEL STD. ABW.	MITTEL STD. ABW.	MITTEL STD. ABW.	MITTEL STD. ABW.	MITTEL STD. ABW.
ALTER	13,4	12,7	31,8	11,0	32,4
ANZAHL	51	20	26	16	13
GRASSE	176,8	25,6	176,4	6,4	177,8
ANZAHL	51	20	26	16	13
GEW. H	111,5	74,9	156,9	25,6	84,8
ANZAHL	51	20	26	16	13
GEW. VUP	0,0	0,0	0,0	0,0	141,0
ANZAHL	51	20	26	16	13
M. N. UP	0,0	0,0	0,0	0,0	31,5
ANZAHL	51	20	26	16	13
M. H. RV	0,0	0,0	0,0	0,0	11,6
ANZAHL	51	20	26	16	13
SUGENIG	42,3	41,6	105,6	31,6	9,4
ANZAHL	51	20	26	16	13
WJG-TG	58,1	46,2	128,4	35,1	21,5
ANZAHL	51	20	26	16	13

WEIBLICH

GRUPPE	1	2	3	4	5
	MITTEL STD. ABW.	MITTEL STD. ABW.	MITTEL STD. ABW.	MITTEL STD. ABW.	MITTEL STD. ABW.
ALTER	70,6	14,1	31,8	12,3	28,5
ANZAHL	120	83	6,1	13	13
GRASSE	160,2	30,3	163,1	19,0	170,4
ANZAHL	120	83	13	13	13
GEW. H	85,3	70,4	121,6	26,4	72,2
ANZAHL	120	83	13	13	13
GEW. VUP	0,0	0,0	0,0	0,0	112,2
ANZAHL	120	83	13	13	13
M. N. CP	0,0	0,0	0,0	0,0	27,2
ANZAHL	120	83	13	13	13
M. N. RV	0,0	0,0	0,0	0,0	3,3
ANZAHL	120	83	13	13	13
SUGENIG	29,9	46,2	84,1	46,9	2,7
ANZAHL	120	83	13	13	13
WJG-TG	44,4	51,3	104,5	52,1	14,1
ANZAHL	120	83	13	13	13

Tabelle 2

Die Daten wurden im Zeitraum vom 15. Juli 1976 bis Ende März 1977 erhoben.

Dazu war es nötig, aus dem Archiv der Chirurgischen Universitätsklinik Erlangen die Namen und Adressen der Patienten herauszusuchen, die sich für eine operative Therapie der Adipositas angemeldet hatten. Dabei lassen sich fünf Gruppen unterscheiden:

	N	%	
Abgewiesene	427	48.9	
Warteliste	216	24.7	
Operierte	168	19.2	
Rückverlagerte	43	4.9	
1 Rückverlagerte	<u>20</u>	<u>2.3</u>	Tabelle 3
	874	100	

In die Verrechnung gingen davon 433 Fragebögen ein; die Stichprobe setzt sich folgendermaßen zusammen:

	N	% _G	%	
Abgewiesene	188	44.3	43.2	
Warteliste	99	45.8	22.9	
Operierte	105	62.5	24.3	
Rückverlagerte	23	53.5	5.3	
1 Rückverlagerte	<u>18</u>	<u>90.0</u>	<u>4.2</u>	Tabelle 4
	433		99.9	

Beim Vergleich der beiden Stichprobenverteilungen - abgeschickte Fragebögen und Rücksendungen - ergibt sich ein χ^2 von 1.08, der darauf hinweist, daß keine statistisch bedeutsamen Abweichungen zwischen diesen beiden Verteilungen bestehen und somit unsere Untersuchungsgruppe als repräsentativ für die Gesamtstichprobe gelten kann.

Die Kolonnen % und %_G veranschaulichen den prozentualen Anteil der Untergruppen am Gesamt-Stichprobenumfang und geben

Auskunft darüber mit welchem Prozentsatz die Untersuchungsstichprobe - Rücksendungen - an der Gesamt-Stichprobe beteiligt sind. Daraus läßt sich ablesen, daß die Untersuchungsstichprobe eine sehr getreue Abbildung der angeschriebenen Gesamt-Stichprobe darstellt - Vergleich der %-Reihen - und daß die Patienten der einzelnen Untergruppe relativ gleich häufig die Fragebögen zurückgeschickt haben. Eine Ausnahme bildet die sehr kleine Gruppe der nicht rückverlagerten Patienten, die zu 90 % die Fragebögen zurückgeschickt haben.

Um zu dieser außergewöhnlich hohen Rücksendequote zu kommen, wurden verschickt:

- 171 Adressennachfragen an Einwohner-Meldeämter, die alle beantwortet wurden,
- 2 Mahnbrieife, siehe Anhang
- etwa 200 Briefe an Patienten, die Teile des Fragebogens unvollständig ausgefüllt hatten. Wir erhielten 75 dieser verschickten Fragebogenteile zurück, 20 davon waren fehlerhaft ausgefüllt; eine zweite Rücksendung an die Patienten erbrachte weitere 10 verrechenbare Restprotokolle.

Die Wirkung der beiden Mahnbrieife mag die folgende Tabelle veranschaulichen:

	Rücksen- dungen o. Mahnung	N versch. 1. Mahnung	Rücksen- dungen	N versch. 2. Mahnung	Rücksen- dungen
Abgewiesene	53	363	109	206	26
OP-Warteliste	10	205	84	73	5
Operierte	9	159	85	59	11
Rückverlagerte	0	43	20	17	3
1 Rückverlagerte	0	20	18	2	0
	72	790	316	357	45

Tabelle 5

	verweigert	gestorben	trotz Adressenauskunft der Einwohner-Meldeämter unauffindbar
Abgewiesene	37	1	23
Warteliste	22	4	2
Operierte	9	1	1
Rückverlagerte	1	2	1
1 Rückverlagerte	0	0	0
	69	8	27

Tabelle 6

An die Patienten, die uns verrechenbare Testprotokolle zurückgeschickt hatten, wurde nach etwa 3-wöchigem Abstand der PSS-25 geschickt. Die Versendung des PSS-25 mußte aus Kostengründen getrennt vom ersten Fragebogenpaket geschehen. Wegen des geradezu unzumutbaren Umfanges des ersten Fragebogenpaketes erschien uns die getrennte Sendung dieses doch recht zeitaufwendigen Testverfahrens auch von der Belastung der Patienten her vorteilhaft zu sein. Der PSS-25 wurde an insgesamt 381 Patienten geschickt. Die gruppenweise Aufteilung kann der folgenden Tabelle entnommen werden:

PSS-25 - N abgeschickt

beantwortet

N	%	N	% _G	%
161	42.3	106	65.8	43.6
87	22.8	49	56.3	20.2
96	25.2	65	67.7	26.8
22	5.8	14	63.6	5.8
15	3.9	9	60.0	3.7
381	100.0	243		100.1

Tabelle 7

Vergleicht man die prozentualen Anteile mit der Gesamt-Stichprobe und der Untersuchungsstichprobe, so kann man feststellen, daß die Übereinstimmung sehr groß ist. Die Kolonne %_G gibt Auskunft über den prozentualen Anteil der Rücksendungen pro Untergruppe. Es ist ersichtlich, daß alle fünf Untergruppen zu einem nahezu gleich großen Prozentsatz die Fragebögen beantwortet haben. Die verrechneten PSS-25-Protokolle können als anteilmäßig repräsentative Stichprobe der Gesamtgruppe betrachtet werden.

D DARSTELLUNG DER ERGEBNISSE

Der besseren Übersichtlichkeit wegen werden die Ergebnisse in drei Abschnitten dargestellt. Im ersten Teil werden die Antworten auf die Seiten 1 - 4 des Fragebogens (s.a. Listen im Anhang) der Sexualitätsfragebogen und Teile des Familienkonstellations-Fragebogens zusammengefaßt.

Im folgenden zweiten Teil sollen die Ergebnisse der teilnormierten Fragebögen wie Adip 1 - 3, die Syndromspezifischen Skalen oder die LZ-Skalen dargestellt werden. Die Testergebnisse sind im dritten Teil aufgeführt.

Zur leichteren Lesbarkeit der Arbeit wird auf einen eigenen methodischen Teil verzichtet; die angewendeten Verfahren, statistischen Methoden und deren Begründung sind den entsprechenden Ergebnisdarstellungen vorangestellt.

1. Ergebnisse des nicht normierten Fragebogen-Teiles

Mit den Fragen der Seiten 1 - 4 des Fragebogens sollten Informationen über die Lebenssituation der Befragten gewonnen werden. Dabei waren Fragen über Gewohnheiten, Lebensgeschichte, soziale Bedingungen ebenso von Interesse, wie andere, die spezifischer den Bereich ansprechen, der zum Operationsantrag geführt hat.

Die statistische Auswertung wird dabei für Männer und Frauen getrennt vorgenommen, die Fragen werden in der Reihenfolge des Fragebogens ausgewertet. Für jede Frage wird über die Gruppen I bis V der χ^2 -Homogenitätstest und - für den Fall nicht signifikanter Differenzen - der Kontingenzkoeffizient als Maß des Zusammenhanges gerechnet.

1. 1 Die Seiten 1 - 4 des Fragebogens

Bei Frage 1 "Wie haben Sie von der Operationsmöglichkeit in Erlangen erfahren", die, wie die meisten der Fragen, frei beantwortet werden konnte, wurden insgesamt neun verschiedene Antworten gewählt (Liste 0 im Anhang). 45 % der Frauen und 34 % der Männer haben die Information aus einer Zeitschrift oder Zeitung, an deren Namen sie sich nicht mehr erinnern können. 19 % der Frauen und 39 % der Männer geben den Artikel im "Stern" Magazin an. Etwa 10 % der Männer und Frauen haben die Information von einem Arzt, 7 % der Frauen von Bekannten bekommen. Etwa 4 % der Frauen und 2 % der Männer wurden durch ehemalige Patienten, die einen ähnlichen Eingriff hinter sich hatten, informiert. Die restlichen Angaben bezeichnen das Fernsehen oder andere Zeitschriften als Informationsquelle. Die folgende Tabelle mag als Beispiel für den Auswertungsmodus dieser Fragen gelten. Aus Platzgründen ist es nicht möglich, sämtliche Ergebnisse so darzustellen, wie sie vom Rechner ausgedruckt wurden.

AUFGEGLIEDERT NACH INFO OP										
GESAMT			1.		2.		3.		4.	
406	37	9.1%	101	24.9%	167	41.1%	19	4.7%		
100.0%	100.0%		100.0%		100.0%		100.0%		100.0%	
406	37	9.1%	101	24.9%	167	41.1%	19	4.7%		
0	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
0.0%	0.0%		0.0%		0.0%		0.0%		0.0%	
5.	6.		7.		8.		9.			
39	15	3.7%	10	2.5%	16	3.9%	2	0.5%		
100.0%	100.0%		100.0%		100.0%		100.0%		100.0%	
39	15	3.7%	10	2.5%	16	3.9%	2	0.5%		
0	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
0.0%	0.0%		0.0%		0.0%		0.0%		0.0%	

Tabelle 8

Die Angaben über den Zeitraum des bestehenden Übergewichtes schwanken beträchtlich: Der kürzeste ist mit 2, der längste mit 45 bzw. bei den Männern mit 46 Jahren angegeben. Häufungen ergeben sich bei den Angaben 14 und 20 Jahre bei etwa 14 % der Frauen und 20 % der Männer. Eine altersbezogene Aufschlüsselung wird im Zusammenhang mit den Familienkonstellationsfragen gegeben.

Die Angaben auf die Frage, seit wann das Übergewicht störe, werden von den Frauen etwa gleichermaßen wie die vorangegangene Frage beantwortet. Die Männer geben gehäuft (19 %) 10 Jahre an, 15 Jahre werden von 14 % und 20 Jahre von 13 % genannt.

Auf die Frage "Was haben Sie in erster Linie versucht um abzunehmen" werden von Frauen 12, von Männern 9 verschiedene Möglichkeiten genannt (Liste 1). Bei den Frauen zeigen sich deutliche Häufungen der Antworten "weniger essen" (34 %), "striktes Hungern" (25 %) und "Diät" (22 %). Appetithemmer werden von 7 %, Tabletten - ohne nähere Angaben - von weiteren 4 %, Kuren von 5 %, mehr Bewegung oder Sport nur vereinzelt genannt. Die Antworten der Männer sind vergleichbar, auch hier werden die Angaben, die eine Essensregulierung betreffen, von etwa 85 % der Befragten angegeben: "weniger essen" (43 %), "Diät" (30 %), "striktes Hungern" (13 %). "Sport" geben 3 % der Männer an.

In die Verrechnung der Frage "Was haben Sie schon alles versucht um abzunehmen" gingen die ersten fünf Nennungen jedes Fragebogens ein. Durch Aufaddieren der einzelnen Nennungen ergeben sich folgende Häufigkeiten und prozentualen Anteile; die Prozentangaben geben die relative Häufigkeit an, mit der die genannten Antworten insgesamt unter den ersten fünf Nennungen waren. Mehr als fünf Antworten sind sehr selten und können bei der Auswertung vernachlässigt werden, da sie keinen relevanten Beitrag zum Ergebnis leisten.

Frauen (N = 271)				Männer (N = 122)			
Antwort	f	%	R	Antwort	f	%	R
1	204	75	1	1	72	59	2
2	86	32	4	2	78	64	1
3	129	48	2	3	34	28	4
4	36	13	8	4	30	25	5
5	101	37	3	5	49	40	3
6	57	21	5	6	12	10	7.5
8	50	19	6	8	12	10	7.5
19	30	11	9	19	19	16	6
20	45	17	7	20	11	9	9
7	3	1		10	2	1.6	
9	1	0.4		11	2	1.6	
10	10	3.7		12	1	0.8	
11	3	1		13	1	0.8	
14	1	0.4		14	1	0.8	
15	6	2.2		15	3	2.5	
16	1	0.4		17	3	2.5	
17	5	1.9		21	1	0.8	
18	3	1		22	1	0.8	
21	5	1.9		23	5	4	
23	1	0.4					
25	3	1					
26	2	0.7					
28	1	0.4					

Tabelle 9

Die Prozentangaben geben die relative Häufigkeit an, mit der die genannten Antworten insgesamt unter den ersten fünf Nennungen waren. Mehr als fünf Antworten sind sehr selten und können bei der Auswertung vernachlässigt werden, da sie keinen relevanten Beitrag zum Ergebnis leisten.

Etwa drei Viertel der Frauen haben schon Diäten zur Gewichtsreduktion versucht. Striktes Hungern oder Einschränkung des Essens wird von etwa der Hälfte der Frauen angegeben. Etwa ein Drittel der Frauen nennt Kuren. Appetithemmer und - deutlich seltener - "Magenfüller" gibt etwa die Hälfte der Frauen an, andere, nicht näher bezeichnete Tabletten etwa 17 %. 11 % der

Frauen waren nach eigenen Angaben wegen ihres Übergewichtes in stationärer Behandlung. Sport als Mittel gegen Übergewicht nennen etwa 13 %.

Etwa Dreiviertel der Männer geben striktes Hungern oder weniger Essen an; Diäten zur Gewichtsreduktion versucht zu haben, nennen etwa 60 %. Etwa 28 % führen Appetithemmer auf, weitere 9 % Tabletten ohne nähere Bezeichnung.

Die weiteren Nennungen von Versuchen zur Gewichtsabnahme sind selten; aus Liste 1 im Anhang kann die Bedeutung der Antwortzahlen entnommen werden. Um einen Anhaltspunkt für die Übereinstimmung in der Beantwortung von Frauen- und Männer-Gruppen zu bekommen, wurde die Rangkorrelation nach SPEARMAN für die neun häufigsten Antworten gerechnet. Dabei ergibt sich ein nicht signifikanter $r_s = 0.63$.

Auf die Frage nach dem Mittel, das "den besten Erfolg" erbracht habe, antworten etwa 40 % der Frauen und Männer mit "Diät", am zweithäufigsten wird "weniger essen" - 18 % der Frauen und 23 % der Männer - genannt. Den dritten Rangplatz nimmt bei Frauen und Männern die Antwort "Kuren" ein; die anderen Angaben sind relativ gleichmäßig verteilt.

Sieben Frauen und sechs Männer der Operations-Gruppe geben an, daß die Dünndarmausschaltung die besten Erfolge brachte. Diese Antworten sind jedoch unzuverlässig, was in erster Linie in der schlecht formulierten Frage begründet liegt. Wie sich nach Rückfragen ergeben hat, wurde von einigen Patienten die Operation nicht genannt, da es ihnen selbstverständlich erschien, daß diese Methode den größten Erfolg bringt, und, daß wir, die Frager, das auch wüßten.

Die Angaben über die "bislang größte Gewichtsabnahme" verteilen sich sehr gleichmäßig über den Bereich von 2 bis 60 kg. Als Ausnahmen können die geringfügigen Häufungen von 14.5 und 10.5 %

bei den Angaben 10 bzw. 20 kg in der Frauen- und 10 % bei 30 kg in der Männer-Gruppe gelten.

Bei den folgenden beiden Fragen sind Mehrfachnennungen möglich, weshalb die angegebenen %-Zahlen in der Summe nicht 100 ergeben. In die Berechnung der hier dargestellten Zahlen gehen die jeweils ersten vier Nennungen ein. Die Verteilungen der Antworten auf die beiden Fragen "Wer hat Ihnen zum operativen Eingriff geraten?" und "Mit wem konnten Sie am besten über Ihr Problem der Übergewichtigkeit sprechen? Wer hatte am meisten Verständnis für dieses Problem?" kann der folgenden Tabelle entnommen werden:

Frauen (N=275) Männer (N=123)							Frauen (N=273) Männer (N=122)						
(L. 2)													
Antwort	f	%	R	f	%	R	f	%	R	f	%	R	
1	111	40.4	2	42	34.1	2	209	76.6	1	78	63.9	1	
2	11	4.0	8.5	14	11.4	5	28	6.6	8	44	36.1	2	
3	13	4.7	6	3	2.4	9.5	52	19.0	4	9	7.4	6	
4	12	4.4	7	4	3.3	7.5	19	7.0	7	2	1.6	8	
5	21	7.6	4	15	12.2	4	60	22.0	3	24	19.7	5	
6	171	62.2	1	64	52.0	1	71	26.0	2	32	26.2	3	
7	28	10.2	3	21	17.1	3	50	18.3	5	29	23.8	4	
8	19	6.9	5	10	8.1	6	21	7.7	6	5	4.1	7	
9	4	1.5	10	3	2.4	9.5	1	0.4	9	1	0.8	9	
10	11	4.0	8.5	4	3.3	7.5							
11	2	0.7		5	4.1		17	6.2		18	6.6		
13	1	0.4					1	0.4		1	0.8		
14				1	0.8		1	0.4					
15	6	2.2					11	4.0					
16	1	0.4					4	1.5					
17	2	0.7		1	0.8								
18				1	0.8					1	0.8		
20	1	0.4					1	0.4					
$r_{s_{1-10}} = 0.80, p \ 0.01$							$r_{s_{1-8}} = 0.27, n. s.$						

Tabelle 10

Aus der Tabelle ist ersichtlich, daß Frauen und Männer sich am häufigsten aus eigenem Entschluß, ohne Anraten anderer, zur Operation anmelden (Antwort-Nummer 6). Übereinstimmend an zweiter Stelle rangiert Antwort 1, der Rat eines Familienmitgliedes, an dritter Stelle Antwort 8, die Angabe, daß der Hausarzt zur OP geraten habe. Gleichermaßen bei Frauen und Männern wird an vierter Stelle Antwort 5 "ein (entfernter) Bekannter" gegeben. Ab jetzt ergeben sich Abweichungen in der Rangreihe. Für Frauen folgen die Antworten 8, 3 (Freundinnen), 4 (entfernter Bekannter), 2 (Freund) und schließlich 10 und 9 (Mann, Frau, die/der einen ähnlichen Eingriff hinter sich hat); für Männer ergibt sich die Reihenfolge 2, 8, 4, 10 und schließlich 3 und 9.

Als Maß für die Ähnlichkeit der Antwortreihen wurde wieder r_s nach SPEARMAN gerechnet, der einen signifikanten Zusammenhang anzeigt. Die verbleibenden Antwortkategorien werden nur noch vereinzelt gewählt - siehe dazu Liste II im Anhang.

Die Frage nach den Personen, mit denen die Befragten am besten über ihr Problem der Übergewichtigkeit sprechen konnten, wurde von Männern und Frauen deutlich unterschiedlich beantwortet ($r_s = 0.27$). Übereinstimmung besteht lediglich bei der häufigsten Nennung, Antwort 1 "Familienmitglied". Frauen geben an zweiter Stelle an, daß sie mit niemandem über dieses Problem hätten sprechen können, da andere sowieso diese Probleme nicht verstünden; bei Männern ist Antwort 6 auf Rangplatz 3. Auf dem zweiten Rangplatz bei den Männern findet man Antwort 2 (ein Freund), die bei den Frauen den letzten Rangplatz, 8, erhält. Etwa ein Viertel der Männer nennen den Hausarzt, weitere 4 % einen Facharzt als Gesprächspartner; vergleichbare Prozentsätze ergeben sich bei den Frauen-Gruppen.

Zusammenfassend kann man sagen, daß Familienmitglieder häufig zum Entschluß zur Operation beigetragen haben. Mit ihnen konnte man am besten über die Probleme sprechen, sie zeigten das meiste Verständnis. Häufig waren aber auch Ärzte Gesprächspartner,

die zum operativen Eingriff geraten haben. Dem gegenüber steht die von einem Viertel der Befragten gemachte Aussage, daß man mit niemandem über die Probleme der Übergewichtigkeit habe sprechen können, da andere ohnehin dafür kein Verständnis hätten. Bei Männern fällt auf, daß sie, deutlich häufiger als Frauen eine "Freundin", einen "Freund" als Gesprächspartner angeben; andersgeschlechtliche Freunde werden nur von etwa 7 % der Befragten als Gesprächspartner genannt. Der Entschluß zur Operation wurde jedoch von Frauen und Männern letztlich alleine gefaßt. Nur sehr selten werden Kontakte zu Patienten genannt, die einen ähnlichen Eingriff hinter sich haben.

Vereinigungen Übergewichtiger sind den Patienten sehr selten bekannt, nur sieben Frauen gehören einer Vereinigung Übergewichtiger - vier von ihnen den "weight-watchers" in Düsseldorf an, wo man sich "regelmäßig, etwa vier mal im Monat" trifft. Ein Drittel der Frauen und etwa 60 % der Männer geben an, noch nie von einer Vereinigung Übergewichtiger gehört zu haben. Etwa 36 % der Männer und 20 % der Frauen meinen von einer solchen Vereinigung schon gehört zu haben, jedoch keine in ihrer Nähe zu kennen. 6 % der Männer und 9 % der Frauen würden sich nie einer solchen Vereinigung anschließen, 4 % der Frauen geben an, sich schon um die Aufnahme in eine dieser Vereinigungen bemüht zu haben. Nur 26 Frauen und 2 Männer geben Erfahrungen mit solchen Gruppen an, die überwiegend negativ beurteilt werden.

Die im Fragebogen folgenden Fragen nach körperlichen und psychischen Problemen als Begleiterscheinungen des Übergewichtes sollten von den Patienten frei beantwortet werden. Der Nachteil dieser Befragungsform ist, daß weniger penetrante Beschwerden von den Patienten leicht vergessen werden. Der Vorteil der wesentlich geringeren Beeinflussung schien aber diese recht umständlich zu verarbeitende Form der Befragung zu rechtfertigen. Die hier genannten Beschwerden wurden in eine Liste (7 A, Anhang) übertragen. Da es nicht möglich ist, die platzraubenden Rechnerausdrucke zur Darstellung der Ergebnisse zu verwenden,

wurden die Ergebnisse für Frauen und Männer in der folgenden Tabelle zusammengefaßt. In die Berechnung gehen die ersten fünf Nennungen ein, von 230 Frauen und 97 Männern wurden nur jeweils 2 registriert, die fünf oder mehr Angaben zu diesen Fragen machten.

Körperliche Beschwerden Liste 7 A (Anhang)								Psychische Probleme Liste 7 B (Anhang)							
Frauen (N=230)				Männer (N=97)				Frauen (N=235)				Männer (N=96)			
NR	f	%	R	f	%	R		NR	f	%	R	f	%	R	
1	126	54.8		1	58	59.8	1	1	67	28.5		3	14	14.6	4
2	15	6.5		7	13	13.4	4	2	113	48.1		1	34	35.4	2
3	14	6.1		8	6	6.2	9	3	35	14.9		4	21	21.9	3
4	1	0.4		12	2	2.1	12	4	104	44.3		2	45	46.9	1
5	62	27.0		3	32	33.0	3	5	20	8.5	5.5	5	5	5.2	7
6	11	4.8		9	9	9.3	8	6	7	3.0	11	0	0		12
7	101	43.9		2	35	36.1	2	7	17	7.2	7.5	4	4	4.2	8
8	44	19.1		4	10	10.3	7	8	11	4.7	9	9	9	9.4	6
9	-	0		12	5	5.2	10	9	4	1.7	12	2	2	2.1	10
10	33	14.3		5	12	12.4	5	10	20	8.5	5.5	11	11	11.5	5
11	1	0.4		12	-	0	13.5	11	8	3.4	10	3	3	3.1	9
12	7	3.0		10	3	3.1	11	12	17	7.2	7.5	1	1	1.0	11
13	17	7.4		6	11	11.3	6								
14	1	0.4		12	-	0	13.5								
$r_{s_{1-14}} = 0.93, p \ 0.01$								$r_{s_{1-12}} = 0.86, p \ 0.01$							

Tabelle 11

Wie aus Tabelle 11 ersichtlich, geben Männer wie Frauen übereinstimmend folgende körperliche Beschwerden - die sie als Begleiterscheinungen der Übergewichtigkeit annehmen - am häufigsten an:

- Kurzatmigkeit (Nr. 1, über 50 % Frauen und Männer),
- Blutdruckkrisen, Herzbeschwerden, Schwindel (Nr. 7, 44 % Frauen und 36 % Männer)

- Müdigkeit, Mattheit und Antriebsschwäche (Nr. 5 und 6, 32 % Frauen und 42 % Männer),
- häufiges Schwitzen (Nr. 2, 13 %; bei Frauen 7 %),
- nicht näher bezeichnete Schmerzen: "Wasser in den Beinen und Ödeme," (Nr. 8 und 13, 21,6 %; Frauen 27 %),
- orthopädische Beschwerden (Nr. 10, und Gelenkschmerzen Nr. 3, etwa 20 % Frauen und Männer),
- Libido- und Potenzstörungen (Nr. 4, sehr selten genannt),
- Magenbeschwerden werden von den Männer-Gruppen garnicht, von Frauen nur ein einziges Mal angegeben.

Die frei formulierten Beschwerden zeigen bei Männern und Frauen hinsichtlich ihrer Wichtigkeit - ausgedrückt durch Häufigkeits-Rangreihen - sehr hohe Übereinstimmung; der gerechnete r_s nach SPEARMAN beträgt 0.93 und ist hoch signifikant.

Die folgende Tabelle 12 soll die Verteilung der Gewichtsgruppen-anteile verdeutlichen. Signifikanzen im χ^2 -Homogenitätstest werden nur durch bedeutsame Unterschiede erzielt: Hier erscheint es aber wichtig, auch weniger deutliche Häufigkeitsverschiebungen erkennen zu können. Für jede Untergruppe wurde, bezogen auf jede Frage, der prozentuale Anteil bestimmt.

Körperliche Beschwerden (Liste 7 A)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14															
	F	% F	% F	% F	% F	% F	% F	% F	% F	% F	% F	% F	% F	% F	N														
I	W 58	46.8	5	4.0	6	4.8	1	0.8	32	25.8	5	4.0	46	37.1	20	16.1	0	22	17.7	2	1.6	9	7.3	23	18.5	1	0.8	124	
II	W 23	26.7	5	5.8	6	7.0	0	0	10	11.6	2	2.3	20	23.3	6	7.0	0	6	7.0	0	0	4	4.7	10	11.6	0	0	86	
III	W 4	20.0	1	5.0	0	0	0	0	6	30.0	0	0	9	45.0	1	5.0	0	2	10.0	0	0	0	0	0	0	0	0	20	
IV	W 17	63.0	2	7.4	1	3.7	0	0	8	29.6	2	7.4	11	40.7	4	14.8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	27	
V	W 22	47.8	2	4.3	2	4.3	0	0	7	15.2	2	4.3	16	34.8	15	32.6	0	0	3	6.5	0	0	0	0	3	6.5	0	0	46
I	M 21	42.0	4	8.0	3	6.0	1	2.0	12	24.0	6	12.0	19	38.0	5	10.0	4	8.0	2	4.0	2	4.0	1	2.0	6	12.0	0	0	50
II	M 10	41.7	1	4.2	2	8.3	1	4.2	4	26.7	0	0	2	8.3	0	0	0	0	1	4.2	1	4.2	0	0	3	12.5	0	0	24
III	M 11	42.3	5	19.2	0	0	0	0	9	34.6	1	3.8	4	15.4	2	7.7	0	0	2	7.7	1	3.8	1	3.8	1	3.8	0	0	26
IV	M 8	50.0	1	6.3	0	0	0	0	5	31.3	0	0	6	37.5	2	12.5	1	6.3	1	6.3	0	0	0	0	0	0	0	0	16
V	M 8	57.1	2	14.3	0	0	0	0	1	7.1	2	14.3	1	7.1	1	7.1	0	0	2	14.3	0	0	1	7.1	1	7.1	0	0	14

Tabelle 12: Angaben über körperliche Beschwerden von Patienten der Gewichtsrgruppen I - V , Getrennt für Männer (M) und Frauen (W) entsprechend der Liste 7 A (Anhang) aufgelistet

Wie aus Tabelle 12 ersichtlich - und wie schon durch die nicht-signifikanten χ^2 -Werte zu erwarten war - verteilen sich die prozentualen Anteile, mit einigen Ausnahmen, überwiegend gleichmäßig über alle Gruppen I - V. Geringere prozentuale Anteile ergeben sich bei Angaben über Gelenk- und Beinschmerzen oder orthopädische Beschwerden (Nr. 3, 10 und 13) in den Gruppen III - V. Die insgesamt nur selten genannten sexuellen Probleme werden deutlich häufiger von den Gruppen I und II genannt; in den Gruppen der Männer nach der Operation finden sich diesbezüglich keine Angaben. Kurzatmigkeit, die am häufigsten genannte Beschwerde, wird auch von den Gruppen der Operierten sehr oft genannt (Nr. 1). Bei den Frauen dagegen findet man diese Beschwerde am seltensten in der Gruppe III, etwas häufiger in Gruppe II, den "Wartelisten-Patienten".

Durch die ungenau formulierte Frage ist der zeitliche Bezug der Antworten leider nicht eindeutig erkennbar. Die Fragen nach den Beschwerden müssen, um den Operations-Einfluß zu erfassen, den Patienten in präziserer Formulierung noch einmal vorgelegt werden.

Zusammenfassend kann gesagt werden, daß schwerpunktmäßig Kurzatmigkeit, Atemnot, Müdigkeit und Antriebschwäche und - besonders bei Frauen - Blutdruckkrisen, Herzbeschwerden, Schwindel und "Wasser" also Ödeme in den Beinen als Beschwerden genannt werden. Die von Männern und Frauen genannten Beschwerden korrelieren hinsichtlich ihrer Rangreihen sehr hoch ($r_s = 0.93$); die Beschwerden wurden von den Befragten frei formuliert.

Aussagen über mögliche Veränderungen der Beschwerden durch die Operation können aufgrund der vorliegenden Daten nicht gemacht werden.

Die Angaben über psychische Probleme wurden, wie jene über körperliche Beschwerden, von den Befragten frei formuliert; Liste 7 B im Anhang enthält die Sammlung der Antworten die für diese Frage gegeben wurden.

Mit deutlichem Abstand zu den anderen genannten psychischen Problemen nennen Männer und Frauen Minderwertigkeitsgefühle, Hemmungen und Kontaktarmut am häufigsten (Tabelle 13, Nr. 2 und 4 der Liste 7 B). 15 % der Frauen und 22 % der Männer geben an, darunter zu leiden, daß sie ausgelacht werden. Depressive Stimmungen (Nr. 1) folgen der Häufigkeit nach auf dem vierten Rang. Sexuelle Probleme (Nr. 10) rangieren hier an 5., bei körperlichen Beschwerden (Nr. 4) an letzter Stelle. Schlechte Laune und Labilität, Gleichgültigkeit (Nr. 5 und 6) erkennen etwa 12 % der Frauen und 5 % der Männer als Folgen des Übergewichts. "Zuviel Alkohol" (Nr. 9) wird von 2 % Frauen und Männern genannt. Angst vor Krankheit, Lebensangst (Nr. 11) werden von etwa 3 % Männer und Frauen genannt. Selbstmordgedanken geben etwa 7 % der Frauen und 4 % der Männer an. Frauen schließlich nennen Probleme beim Kleiderkauf in etwas über 7 %, was nur etwa 1 % der Männer als nennenswert erscheint. Keine psychischen Probleme zu haben geben etwa 5 % der Frauen und 9 % der Männer an. Zur Veranschaulichung der prozentualen Gruppenanteile am Gesamtergebnis dient Tabelle 13.

Psychische Probleme (Liste 7 B)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12													
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	N												
I W	43	34.7	53	42.7	10	8.1	57	46.0	17	13.7	5	4.0	8	6.5	4	3.2	0	0	10	8.1	1	0.8	7	5.6	124
II W	12	14.0	21	24.4	10	11.6	14	16.3	1	1.2	1	1.2	1	1.2	3	3.5	0	0	4	4.7	1	1.2	5	5.8	86
III W	2	10.0	3	15.0	4	20.0	5	25.0	1	5.0	0	0	0	2	10.0	1	5.0	0	1	5.0	0	1	5.0	20	
IV W	3	11.1	14	51.9	7	25.9	10	37.0	1	3.7	1	3.7	3	11.1	0	0	0	0	3	11.1	0	0	3	11.1	27
V W	7	15.2	22	47.8	6	13.0	17	37.0	0	0	0	0	3	6.5	2	4.3	0	0	2	4.3	0	0	0	0	46
I M	7	14.0	18	36.0	8	16.0	21	42.0	3	6.0	0	0	2	4.0	2	4.0	1	2.0	3	6.0	3	6.0	0	0	50
II M	4	16.7	2	8.3	3	12.5	5	20.8	0	0	0	0	1	4.2	0	0	0	0	2	8.3	0	0	1	4.2	24
III M	2	7.7	4	15.4	6	23.1	8	30.8	0	0	0	0	0	0	2	7.7	0	0	3	11.5	0	0	0	0	26
IV M	1	6.3	5	31.3	2	12.5	6	37.5	1	6.3	0	0	1	6.3	2	12.5	0	0	2	12.5	0	0	0	0	16
V M	0	0	5	35.7	2	14.3	5	35.7	1	1.0	0	0	0	0	3	21	4	0	1	1.0	0	0	0	0	14

Tabelle 13: Angaben über psychische Probleme von Patienten der Gewichtsgruppen I - V, getrennt für Frauen (W) und Männer (M) entsprechend der Liste 7 B (Anhang) aufgelistet.

Psychische Probleme werden von den "Operierten-Gruppen" prozentual seltener genannt; die Unterschiede zu den Gruppen I und II sind jedoch statistisch nicht signifikant. Fast ausnahmslos liegen die prozentualen Häufigkeiten der Gruppe I über denen der Gruppe II. "Depressive Stimmungen" (Nr. 1) werden von den beiden ersten Gruppen deutlich häufiger als von den OP-Gruppen (III - V) angegeben. Über 40 % der Frauen und 36 % der Männer aus Gruppe I geben "Minderwertigkeitsgefühle" an; die geringsten Werte liegen bei den Gruppen II und III (Nr. 2). Kontaktarmut und Hemmungen (Nr. 4) werden am häufigsten (über 40 %) in den Gruppen I genannt; in den Gruppen II, gefolgt von III, findet man die geringsten Werte. Selbstmordgedanken werden relativ am häufigsten von den Gruppen IV und V genannt, Patienten der Gruppe III geben keine Selbstmordgedanken an. Sexuelle Probleme, deren psychische Anteile, werden von allen Gruppen relativ gleich häufig genannt (Nr. 10). Die verbleibenden Antworten sind absolut gesehen selten, deshalb soll hier nicht genauer auf sie eingegangen werden.

Wie bei der vorangegangenen Frage nach den körperlichen Beschwerden fehlt bei der Frage nach den psychischen Problemen der eindeutige zeitliche Bezug. Auch diese Frage muß, neu formuliert, den Patienten noch einmal vorgelegt werden, um Operationseinflüsse feststellen zu können.

Mit den beiden folgenden Fragen sollen Rauchgewohnheiten und Alkoholkonsum erfaßt werden. Tabelle 14 zeigt - für Frauen und Männer nach Gruppen I - V getrennt - die Anteile der Raucher und Nichtraucher.

		AUFGEGLIEDERT NACH FAUCHER		0	
		1 ()		+	
GESAMT		1.	2.		
1.	131	55 42.0%	76 58.0%		
	48.1%	48.2%	69.4%		
2.	57	26 43.9%	32 56.1%		
	61.3%	61.9%	70.8%		
3.	11	7 63.6%	4 36.4%		
	4.1%	6.3%	2.6%		
4.	25	12 48.0%	13 52.0%		
	9.3%	11.5%	8.4%		
5.	44	15 34.1%	29 65.9%		
	16.4%	13.2%	18.6%		
268		114 42.5%	154 57.5%		

CHI-QUADRAT-HOMOGENITAETSTEST

3.6 -

2.1 -

1.6 -

KONTINGENZKOEFFIZIENT = 0.116

KORRIGIERT = 0.164

		AUFGEGLIEDERT NACH FAUCHER		2	
		1 ()			
GESAMT		1.	2.		
1.	56	31 55.4%	25 44.6%		
	45.5%	44.9%	46.3%		
2.	14	8 57.1%	6 42.9%		
	11.4%	11.6%	11.1%		
3.	24	16 66.7%	8 33.3%		
	19.5%	23.2%	14.8%		
4.	16	6 31.2%	11 68.8%		
	13.0%	7.2%	20.4%		
5.	13	6 46.2%	4 30.8%		
	10.6%	13.0%	7.4%		
123		64 56.1%	54 43.9%		

CHI-QUADRAT-HOMOGENITAETSTEST

6.5 -

2.6 -

3.4 -

KONTINGENZKOEFFIZIENT = 0.216

KORRIGIERT = 0.306

Etwa 42 % der Frauen und 56 % der Männer geben an, Raucher zu sein. Zwischen den Gruppen ergeben sich keine statistisch bedeutsamen Unterschiede. Überwiegend (98 % Frauen und 87 % Männer) werden Zigaretten geraucht. Etwa 50 % der befragten Frauen geben an, bis 10 Zigaretten pro Tag zu rauchen, 30 und mehr Zigaretten rauchen etwa 15 % der Befragten.

Da zu erwarten war, daß die Fragen nach dem Alkoholkonsum auch nicht annähernd der Wahrheit entsprechend beantwortet werden - was zur Alltagserfahrung des Allgemeinarztes oder Psychiaters gehört - wurden neben direkten Fragen nach Bier-, Schnaps- oder Weinkonsum den Befragten auch Möglichkeiten zur freien Beantwortung gegeben. Die differenzierte Befragung wurde durchgeführt, weil in einer späteren Untersuchung - im Vergleich mit Angaben von "Normalpersonen" unter verschiedenen Bedingungen der Datenerhebung - festgestellt werden soll, ob es einen kalkulierbaren - durch Kontrolle von Moderatorvariablen errechenbaren - allgemeinen oder gruppenspezifischen "Lügenwert" gibt.

Etwa 20 % der 51 Männer, die die Frage nach dem täglichen Bierkonsum beantwortet haben, trinken mehr als 4 Flaschen Bier pro Tag; die häufigsten Angaben liegen bei 1 Flasche pro Tag (43 %). Nur 25 % der Frauen machen Angaben zu dieser Frage, 56 % davon geben an 1 Flasche, 28 % 2, nur 4 % 3 und etwa 12 % 4 Flaschen pro Tag zu trinken. Angaben über Weinkonsum werden selten gemacht: 4 Frauen und 4 Männer; die durchschnittliche Menge liegt in beiden Gruppen bei etwa 1,3 Liter pro Tag. 96 % der Frauen und 85 % der Männer geben an, keinen Schnaps zu trinken. Von den Verbleibenden wird überwiegend die Menge 1 bis 5 Schnäpse pro Tag von 0,4 % der Frauen und 2,4 % der Männer die Mengenangabe 6 bis 10 Schnäpse pro Tag gemacht. Bei den Frauen häufen sich die Angaben bei den Gruppen I und II - statistisch nicht signifikant -; bei den Männern sind die Angaben noch gleichmäßiger über die Gruppen I bis V verteilt. Bei den freien Formulierungen täglicher Trinkgewohnheiten interessieren nur Angaben über Cola- und alkoholische Getränke. Cola-Getränke sind deshalb

von Interesse, da vereinzelt in Erlangen extrem fettsüchtige Patienten auffielen, bei denen der Cola-Limonadenkonsum wahrscheinlich entscheidend mit zur Fettsucht beigetragen hat. Cola-Getränke enthalten kalorienreiche Glukose und scheinen bei den beobachteten Fällen zu beinahe suchtähnlichen Abhängigkeiten geführt zu haben. Einige der Patienten gaben an mehr als 6 Liter Cola-Limonade pro Tag zu trinken. Meines Wissens nach sind solche Patienten in der Literatur noch nicht beschrieben; die Angaben sollen hier als "screening" verstanden werden und weitere Nachforschungen ermöglichen.

Frauen (N = 237)								Männer (N = 99)								
Cola-Getränke			alkoh. Getränke					Cola-Getränke/alkoh. Getr.								N
	F	%	R	F	%	R		F	%	R	F	%	R			
I	32	27.1	3	18	15.3	1	118	10	22.7	3	3	6.8	2	44		
II	10	19.2	4	4	7.7	2	52	3	23.1	2	2	15.4	1	13		
III	3	30.0	2	0	0	4.5	10	2	12.5	5	1	6.3	3	16		
IV	11	52.4	1	0	0	4.5	21	3	20.0	4	0	0	4.5	15		
V	6	16.7	5	2	5.6	3	36	3	27.3	1	0	0	4.5	11		
Ges.:	62	26.2		24	10.1			21	21.2		6	6.1				

Tabelle 15

Aus Tabelle 15 ist ersichtlich, daß insgesamt etwa ein Viertel der Frauen und ein Fünftel der Männer Cola-Getränke zu ihren "täglichen Getränken" zählen; nur 10 % und 6 % der befragten Frauen und Männer geben alkoholische Getränke an. Die Unterschiede zwischen den Gruppen sind statistisch nicht bedeutsam.

Etwa 85 % der Frauen und 38 % der Männer kochen selbst, 51 % der Frauen und 38 % der Männer bejahen die Frage, ob sie "Feinschmecker" seien.

Die familiären Verhältnisse lassen sich aus der Sicht der Befragten folgendermaßen kurz zusammenfassen: 45 % der Frauen und 53 % der Männer geben an, daß in ihrer Kindheit ihre Mütter berufstätig gewesen seien. Die Frage, ob ihre Eltern in ihrer Kindheit genügend Zeit für sie gehabt hätten, verneinen 43 % der Frauen

und Männer; 7 Frauen und 3 Männer sind bei Erziehern aufgewachsen. 99 Frauen und 46 Männer beantworten die Frage, "wieviele Stunden die Eltern sich ihrer Meinung nach mit ihnen hätten beschäftigen müssen". Am häufigsten geben die Männer "3 Stunden", die Frauen "2 Stunden" an. Etwa 25 % der Männer und Frauen fordern 5 Stunden oder mehr. Tatsächlich standen die Eltern der Befragten am häufigsten nur etwa 1 Stunde täglich zur Verfügung. Etwa 31 % von 268 Frauen und 34 % von 122 Männern geben an, daß sie "in ihrer Kindheit das sogenannte "Nesthäkchen" gewesen waren, "das Kind also, das sehr beliebt war und dem deshalb auch mehr erlaubt war, als anderen Kindern". Für etwa 30 % der Männer und ein Viertel der "Nesthäkchen-Frauen" hat sich an dieser Beziehung noch nichts Grundsätzliches geändert: der häufigste (über 70 %) genannte Grund für eine Änderung ist der Tod der Bezugsperson. Angaben wie "Streit in der Familie" (Nr. 3), "ich habe mich geändert" (Nr. 5) oder "neues Geschwister kam dazu" (Nr. 4) sind selten.

Daß die Eltern geschieden sind oder getrennt leben geben 17 % der Frauen (N = 238) und 12 % der Männer (N = 109) an. Das Alter der Befragten zum Zeitpunkt der Trennung war bei den Frauen gehäuft (etwa 30 %) zwischen 11 - 15, bei den Männern 1 - 5. Die Personenzahl ist für statistische Analysen und Verallgemeinerungen zu klein.

Die erste "feste Freundin" bzw. den ersten "festen Freund" geben die Männer (48 %) und Frauen (69 %) im Alter von 16 - 20 Jahren an. 15 % der Frauen und 12 % der Männer nennen die Altersgrenzen 10 - 15 Jahre. Die Eltern schienen überwiegend (42 % Frauen und 51 % Männer) damit einverstanden, 33 % der Frauen und 27 % der Männer geben an, daß die Eltern "sehr dagegen" gewesen seien; die verbleibenden Angaben betreffen die Kategorie "es war ihnen egal".

Mit den Großeltern aufgewachsen oder im täglichen Kontakt mit ihnen waren 28 % (N = 242) der Frauen und 33 % der Männer (N = 110). 23 % der Frauen und 18 % der Männer haben ihre Großeltern nie gesehen. 4 % der Frauen und Männer geben an, einige Jahre bei den Großeltern gelebt zu haben.

In unsystematisch geführten Gesprächen mit adipösen Patienten fielen gehäufte Nennungen von "Omas" als verwöhnende, wichtige Bezugsperson auf. In den folgenden Tabellen finden sich die Antworten auf die Frage "Die Omas verwöhnen ihre Enkel immer sehr." "Trifft diese Behauptung auch für Sie und Ihre Großmütter zu?" Als Antworten wurde vorgegeben 1 = ja, ganz genau; 2 = ja, ziemlich; 3 = nein, sie verwöhnten mich nicht und schließlich 4 = nein, eher das Gegenteil trifft zu.

AUFGEGLIEDERT NACH VERWÖHNEN OMAS ENKEL

	GESAMT	1.	2.	3.	4.
1.	115	17 15.5%	23 20.0%	56 50.9%	14 12.7%
	48.2%	45.9%	45.1%	50.5%	48.3%
2.	49	7 14.3%	11 22.4%	27 55.1%	6 8.2%
	21.5%	18.9%	21.6%	24.3%	13.8%
3.	9	1 0.0%	5 55.6%	2 22.2%	2 22.2%
	3.9%	0.0%	9.8%	1.8%	6.9%
4.	24	6 25.0%	6 25.0%	10 41.7%	2 8.3%
	10.5%	16.2%	11.5%	9.0%	6.9%
5.	36	7 19.4%	6 16.7%	16 44.4%	7 19.4%
	15.8%	18.9%	11.8%	14.4%	24.1%
	228	37 16.2%	51 22.4%	111 48.7%	29 12.7%
CHI-QUADRAT-HOMOGENITÄTEST					
	13.4 -	2.0 -	5.1 -	2.2 -	3.1 -
KONTINGENZKOEFFIZIENT = 0.36 KOPPIERT = 0.272					

Tabelle 16

AUFGEGLIEDERT NACH ERHEBENEN MAS FÜR EL						
21 ()						
GESAMT						
1.	47	7 14.4%	16 34.0%	17 36.2%	7 14.9%	
		44.3%	24.0%	41.5%	63.6%	
2.	12	5 41.7%	4 33.3%	2 16.7%	1 8.3%	
		11.3%	20.0%	4.9%	9.1%	
3.	22	4 18.2%	2 9.1%	13 59.1%	3 13.6%	
		20.3%	6.0%	31.7%	27.3%	
4.	14	4 28.6%	4 28.6%	6 42.9%	0 0.0%	
		13.2%	13.8%	14.6%	0.0%	
5.	11	5 45.5%	3 27.3%	3 27.3%	0 0.0%	
		10.4%	10.3%	7.3%	0.0%	
106		25 23.6%	29 27.4%	41 38.7%	11 10.4%	
CHI-QUADRAT-HOMOGENITÄTSTEST						
17.6 -		5.8 -	3.6 -	4.4 -	3.9 -	
KONTINGENZKOEFFIZIENT = .377 KORRIGIERT = 0.436						

Tabelle 16

Aus Tabelle 16 ist ersichtlich, daß wir unsere Annahmen über den Einfluß der Großmütter mit den hier erhobenen Daten nicht bestätigen können.

Die Frage nach dem Schlafverhalten (Quantität) erbrachte keine auffälligen Antworten. Interessanter sind die Angaben zu der Frage "wie fühlen Sie sich nach dem Aufwachen?", da sich hier Parallelen zur S-Skala des Traumtests ergeben mußten.

67 % der Frauen und 42 % der Männer geben an, sich nach dem Aufwachen "immer noch müde, ganz erschlagen", "antriebschwach" oder "den ganzen Tag über müde" zu fühlen (Tabelle 17). Männer scheinen aber insgesamt einen erquickenderen Schlaf zu haben. So geben 46 % an, sich nach dem Aufwachen "munter, erfrischt" zu fühlen, was nur von 27 % der Frauen bestätigt wird.

Dazu tragen besonders die Angaben der Gruppen III - V, der Operierten-Gruppen, bei. Die Unterschiede bei den Männern sind auf dem 5 %-Niveau signifikant.

Über das Befinden im Verlauf des Tages gefragt, antworten 43 % der Frauen (N = 272) und 26 % der Männer (N = 122) sich den ganzen Tag über "müde" zu fühlen. "Frisch, munter" fühlen sich 30 % und 46 % der Frauen und Männer. Ein weiteres Viertel der Befragten wählen freie Nennungen, die Mißempfindungen, Übelkeit, Schwindelgefühl, Antriebschwäche oder Übellaunigkeit beschreiben. Auch bei diesen Angaben (Tabelle 18) ist eine Unterrepräsentation der Operierten-Gruppen deutlich.

Welche Rolle der Sport im Leben der Personen unserer Stichprobe spielt und gespielt hat, sollen die folgenden Fragen klären. Zunächst wird - bei freier Beantwortung - gefragt, welche Art Sport zur Zeit betrieben wird. Die Antworten sind in Liste 15 zusammengefaßt, 16 verschiedene Sportarten werden genannt; in die Berechnung der Häufigkeiten gehen die ersten 4 Nennungen ein; vier oder mehr Nennungen erfolgen nur noch von drei Männern (N = 112) und sechs Frauen (N = 265). Um zu erfahren, ob sich die sportlichen Aktivitäten durch das Übergewicht geändert haben, wurde nach den Sportarten gefragt, die vor der Übergewichtigkeit betrieben wurden. Die platzraubenden Rechnerausdrucke werden in Tabelle 19 - beschränkt auf die Darstellung der 10 häufigsten Nennungen - zusammengefaßt.

AUFGEGLIEDERT NACH TAGSUEBER FÜR HLF ICH NICHT ISTE

27 () ♀

14

GESAMT		1.	2.	3.
1.	130	62 47.7%	25 19.2%	1 0.8%
	49.1%	54.4%	31.6%	33.3%
2.	53	21 39.6%	17 32.1%	1 1.9%
	20.0%	14.4%	21.5%	33.3%
3.	12	3 25.0%	7 58.3%	0 0.0%
	4.5%	2.6%	8.9%	0.0%
4.	26	8 30.8%	13 50.0%	0 0.0%
	9.4%	7.0%	16.5%	0.0%
5.	44	21 45.5%	17 38.6%	1 2.3%
	16.0%	17.5%	21.5%	33.3%
265		114 43.0%	79 29.8%	3 1.1%

CHI-QUADRAT-HOMOGENITAETSTEST

29.6 - 2.7 -

13.0 S

1.4 -

KONTINGENZKOEFFIZIENT = 0.317

KORRIGIERT = 0.355

4.	5.	6.	7.	8.
3 2.3%	15 11.5%	22 16.9%	0 0.0%	2 1.5%
75.0%	65.2%	56.4%	0.0%	100.0%
1 1.9%	3 5.7%	9 17.0%	1 1.9%	0 0.0%
25.0%	13.0%	23.1%	100.0%	0.0%
0 0.0%	1 8.3%	1 8.3%	0 0.0%	0 0.0%
0.0%	4.3%	2.6%	0.0%	0.0%
0 0.0%	2 7.7%	3 11.5%	0 0.0%	0 0.0%
0.0%	8.7%	7.7%	0.0%	0.0%
0 0.0%	2 4.5%	4 9.1%	0 0.0%	0 0.0%
0.0%	8.7%	10.3%	0.0%	0.0%
4 1.5%	23 8.7%	39 14.7%	1 0.4%	2 0.8%
1.8 -	2.7 -	2.1 -	4.0 -	2.1 -

Tabelle 17

AUFGEGLIEDERT NACH TAGSUEBERFUEHRUNG MITTEILUNG 14

27 () 8

	GESAMT	1.	2.	3.	4.	5.	6.
1.	54	11 27.8%	21 38.9%	2 3.7%	7 13.0%	9 16.7%	
2.	44	16 36.4%	4 9.1%	1 2.3%	2 4.5%	1 2.3%	1 2.3%
3.	11	6 54.5%	1 9.1%	0 0.0%	2 18.2%	2 18.2%	0 0.0%
4.	10	4 40.0%	4 40.0%	0 0.0%	1 10.0%	1 10.0%	0 0.0%
5.	11	1 9.1%	6 54.5%	0 0.0%	1 9.1%	3 27.3%	0 0.0%
	11	3 27.3%	10 90.9%	0 0.0%	7 63.6%	7 63.6%	1 9.1%
121		32 26.4%	54 46.3%	3 2.5%	13 10.7%	17 14.0%	

CHI-QUADRATE-FUR UNABHANGIGKEITSTEST

13.5 - 3.4 =

KONTINGENZKOEFFIZIENT = .317

KORRIGIERT = 0.354

Tabelle 18

1.0 -

2.9 -

Sportarten (Liste 15)													
$N_W = 251$				$N_W = 233$				$N_M = 112$			$N_M = 107$		
jetzt:				vorher:				jetzt:			vorher:		
Nr.	F	%	R	F	%	R	F	%	R	F	%	R	
1	7	2.8	8	4	1.7	14	3	2.7	8			18	
2	92	36.7	2	101	43.3	1	31	27.7	2	31	29.0	3	
3	125	49.8	1	76	32.6	2	51	45.5	1	33	30.8	2	
4	3	1.2	12	15	6.4	6	2	1.8	11	10	9.3	5	
5	1	0.4	14	3	1.3	15.5	4	3.6	7	4	3.7	10.5	
6	6	2.4	9	10	4.3	10	2	1.8	10.5	2	1.9	14.5	
7	11	4.4	6	7	3.0	13	13	11.6	3.5	8	7.5	6	
8	8	3.2	7	11	4.7	8	2	1.8	11	2	1.9	14.5	
9	21	8.4	3.5	8	3.4	12	1	0.9	14.5			18	
10	4	1.6	10.5	15	6.4	6	12	10.7	5	37	34.6	1	
11	16	6.4	5	23	9.9	3	7	6.3	6	4	3.7	10.5	
12	4	1.6	10.5	10	4.3	10			17.5	1	0.9	16	
13	2	0.8	13	1	0.4	17	2	1.8	11			18	
15	21	8.4	3.5	10	4.3	10	13	11.6	3.5	4	3.7	10.5	
17							1	0.9	14.5	12	11.2	4	
18							2	1.8	11	4	3.7	10.5	
21			16.5	3	1.3	15.5							
24			16.5	15	6.4	6			17.5	5	4.7	8	
25			16.5	17	7.3	4			17.5	3	2.8	13	
28									17.5	7	6.5	7	
Ges 321				294				146			165		
$r_{s1-17} = 0.24 \text{ n. s.}$							$r_{s1-19} = 0.37 \text{ n. s.}$						

Tabelle 19:

Als grobes Maß für die Veränderungen kann der Vergleich der Anzahl genannter Sportarten gelten. Auf den ersten Blick erscheinen die Abweichungen so gering, daß eine statistische Prüfung überflüssig erscheint. Etwa die Hälfte der Befragten betreibt zur Zeit keinen Sport (Nr. 3). Als häufigste Sportart wird von Männern und Frauen Schwimmen (Nr. 2) genannt. Spaziergehen (Nr. 15) wird relativ häufig als Sportart verstanden. 11 % der Männer geben Ballspiele (Nr. 10) an. Die errechneten Rangkorrelationen zeigen, daß sich, besonders bei den Männern, nicht allzu viele Differenzen zwischen den Angaben der derzeit betriebenen Sportarten mit denen vor der Übergewichtigkeit bestehen. Weder bei den Angaben zum derzeit betriebenen Sport, noch bei denen zum früher, vor der Übergewichtigkeit betriebenen, ergeben sich gruppenspezifische Antworttendenzen. Überwiegend wird die Fettleibigkeit als alleiniger Grund für die Aufgabe des Sports bezeichnet (54 % der Frauen, N = 128, 41 % der Männer, N = 71), an zweiter Stelle steht die Begründung, daß man keine Zeit oder keine Lust mehr habe. Etwa 50 % der Männer und 40 % der Frauen haben vor ihrem 25. Lebensjahr aufgehört Sport zu treiben.

25 % der Frauen (N = 182) und 14 % der Männer (N = 91) geben an, in der Familie Alkoholiker zu haben, die sie aber nicht näher beschreiben. Kontakte zu "Außenseitern" - hier sollte in unspezifischer Form nach Personen mit Suchten gefragt werden - geben 15 % (N = 105) der Frauen und 20 % (N = 60) der Männer an. Frauen geben etwas häufiger (6 %) "psychisch Gestörte", Männer (5 %) Rauschgiftsüchtige an; seltener werden Alkoholiker, Prostituierte usw. (Liste 17) genannt. Gruppenspezifische Unterschiede sind statistisch nicht bedeutsam.

Frauen (N = 257) erscheinen überwiegend als soziale Aufsteiger: 40 % von ihnen geben an, mehr als die Eltern, 36 % meinen genauso viel und 23 % weniger als die Eltern erreicht zu haben. Etwa 1 % der Befragten befindet sich noch in der Ausbildung. Bei den Männern liegen die Werte ähnlich (Tabelle 20):

AUFGEGLIEDERT NACH MEHR ERREICHT AKS ELTERN

	7	(	)	8					
	GESAMT				1.	2.	3.		
1.	50				27 54.0%	13 26.0%	10 20.0%		
		44.6%			51.9%	39.4%	37.0%		
2.	13				3 23.1%	7 53.8%	3 23.1%		
		11.6%			5.8%	21.2%	11.1%		
3.	22				10 45.5%	5 22.7%	7 31.8%		
		19.6%			19.2%	15.2%	25.9%		
4.	15				8 53.3%	4 26.7%	3 20.0%		
		13.4%			15.4%	12.1%	11.1%		
5.	12				4 33.3%	4 33.3%	4 33.3%		
		10.7%			7.7%	12.1%	14.8%		

EDV-Zentrum der Universität Innsbruck 112 52 46.4% 33 29.5% 27 24.1%

CHI=QUADRAT-HOMOGENITAETSTEST

7.4 - 2.7 - 3.3 - 1.4 -
KONTINGENZKOEFFIZIENT = 0.250 KORRIGIERT = 0.306

Tabelle 20

Direkt befragt, ob sie sich als "Aufsteiger" einschätzen, antworten etwa 76 % der Frauen und 70 % der Männer mit "nein". Das "schwarze Schaf" in der Familie gewesen zu sein, bejahen etwa ein Fünftel der Männer und Frauen.

Die folgende Frage behandelt die Begründung für den Operations-Entschluß: "Die Operation, die Dünndarmausschaltung ist ein aufwendiger Eingriff, der nicht ohne Folgebelastungen für den Patienten ist. Was waren die ausschlaggebenden, die wichtigsten Gründe für sie, sich für diese Operation zu interessieren?" Die Frage ist frei zu beantworten; die Urliste der gegebenen Antworten, Liste 19, findet sich im Anhang. In die Berechnung der Häufigkeiten gehen die ersten drei Nennungen ein; 29 Frauen und 10 Männer geben 3 oder mehr Gründe für die Operation an.

Gründe für OP (Liste 19)						
Frauen (N=252)				Männer (N=113)		
Nr.	F	%	R	F	%	R
1	127	50.4	1	62	54.9	1
2	49	19.4	4	23	20.4	3
3	15	6.0	6	7	6.2	6.5
4	52	20.6	3	11	9.7	4
5	8	3.2	9.5	8	7.1	5
6	71	28.2	2	28	24.8	2
7	12	4.8	7	3	2.7	10
8	7	2.8	11	5	4.4	9
9	4	1.6	12	2	1.8	11
10	3	1.2	13	6	5.3	8
11	19	7.5	5	7	6.2	6.5
12	9	3.6	8			13
13	8	3.2	9.5			13
14	2	0.8	14			13
$r_{s_{1-14}} = 0.74, p \ 0.01$						

Tabelle 21

Die hohe Rangkorrelation drückt die Ähnlichkeit aus, mit der von Männern und Frauen Beweggründe für die Operation (ihrer Häufigkeit nach) genannt werden. Von über der Hälfte der Befragten wird zum Ausdruck gebracht, daß sie die Operation als "einzige Hoffnung" ansehen, ihre Fettleibigkeit zu beseitigen (Nr. 1, Liste 19). An zweiter Stelle folgt das Motiv "nicht mehr "anders" zu sein, nicht mehr negativ aufzufallen und verspottet zu werden" (Nr. 6). Etwa ein Fünftel der Befragten gibt gesundheitliche Gründe an (Nr. 2). Frauen geben etwa doppelt so häufig wie Männer den Wunsch an, dadurch ihre Minderwertigkeitsgefühle (Nr. 4) zu verlieren. Die Bewältigung sexueller Probleme (Nr. 5) nennen Männer etwa doppelt so oft wie Frauen, ihre Ehe dadurch zu retten (Nr. 7) erhoffen etwa 5 % der Frauen und 3 % der Männer. Schwierigkeiten beim Kleiderkauf (Nr. 11) rangieren in den Häufigkeitsreihen auf mittleren Rängen - bei Frauen etwas weiter oben auf Platz 5.

Für Kleider werden meist 100,-- bis 200,-- Mark bezahlt (46 % der Frauen geben diese Preisklasse an). Bei Männern fallen je etwa ein Viertel der Angaben auf die Preisklassen 200,-- bis 300,--, 301,-- bis 400,-- und 401,-- bis 500,-- Mark für einen Anzug. 15 % geben Preise über 500,-- bis 1.000,-- Mark an. Informativer ist vielleicht dessen prozentualer Anteil am monatlichen Nettoeinkommen:

Bei den Frauen liegen die häufigsten Angaben im Bereich von 10 % gefolgt von 15 %. Diese Angaben werden aber - mit einer Ausnahme - von Frauen der Gruppen I bis II gemacht. Bei den Männern liegen die Angaben am häufigsten im Bereich von 10 bis 20 %, über 25 % der Angaben liegen jedoch im Bereich von 31 bis 80 %; diese Angaben werden gehäuft von Männern der Gewichtsgruppen 1 und 2 gemacht. Die Prozentangaben entsprechen den Modalwerten der Tabellen.

Bei den Antworten zur Frage nach den Einkommensverhältnissen fällt lediglich auf, daß 70 % der Frauen ($N = 282$) ein eigenes Einkommen beziehen. Ansonsten bewegen sich alle Angaben im statistischen Erwartungsbereich.

"Körperpflege ist bei Übergewichtigkeit immer problematisch. Wer hilft ihnen bei der Körperpflege?" Und "Wobei sind sie unbedingt auf fremde Hilfe angewiesen?" sind Fragen, die frei beantwortet werden können. Männer und Frauen geben am häufigsten (88 % der Frauen und 75 % der Männer) an, daß ihnen niemand bei der Körperpflege helfe. Ein Fünftel der Frauen und etwa 25 % der Männer nennen Familienmitglieder. Die Angaben verteilen sich zu etwa 60 % auf die Gruppen III bis V und 40 % auf I und II.

Die genannten Körperbereiche, zu deren Pflege es unbedingt fremder Hilfe bedarf, sind etwa: der Rücken oder die Füße, also vor allem jene Teile, die durch die fettbedingte Unbeweglichkeit schwer erreichbar sind. 61 % der Frauen und 55 % der Männer ($N_W = 133$, $N_M = 55$) geben an, nirgends fremde Hilfe zu benötigen.

Die Angaben werden häufiger von den Gruppen I und II gemacht; der Unterschied ist aber statistisch nicht bedeutsam. Häufiger als die anderen OP-Gruppen sind Nennungen in der Gruppe V zu finden - in der Gruppe jener Patienten, die erst vor kurzem operiert wurden.

Über störenden Körpergeruch klagen ca. 32 % (N = 267) der Frauen und 36 % der Männer (N = 118). 45 % der Männer und 54 % der Frauen geben an, nicht an störenden Körpergeruch zu leiden; die verbleibenden Angaben stehen für "ich weiß es nicht, es ist mir noch nicht aufgefallen".

"Die Haut der Übergewichtigen ist empfindlich. Aus unseren Gesprächen mit Adipösen haben wir immer wieder davon gehört, wie leicht die Patienten wund werden". Wir wollen erfahren, welche Körperstellen in welcher relativen Häufigkeit wund werden. Dazu die folgende Übersicht; die Angaben wurden ohne Vorlage für die Patienten gemacht. Die ersten 3 der 8 häufigsten Nennungen werden in Tabelle 22 berücksichtigt.

Wundstellen																
Frauen (N=245)									Männer (N=98)							
Nr.	I	II	III	IV	V	%	R		I	II	III	IV	V	%	R	
1	9	3	2	2	7	9.4	5		3		2	1		6.12	6	
2	101	40	7	14	24	75.9	1		34	11	13	5	6	70.4	1	
3	15	10	1	2	6	13.9	3		5	2	2	1	3	13.3	3	
4	21	13	2	4	10	20.4	2									
5	12	9		3	6	12.2	4		11	2	2	1	3	19.4	2	
6	3		1		3	2.9	7		4		3	1	2	10.2	4	
13	2	1				1.2	8		1			2	1	4.1	7	
15	3	6		1	3	5.3	6		4		1	1	1	7.1	5	

$r_{s1-7} = 0.76, p = 0.05$ (ohne Nr. 4)

Tabelle 22

Die von Frauen und Männern angegebenen Beschwerden werden ihrer Häufigkeit nach in relativ ähnlichen Rangreihen genannt ($r_s = 0.76$). Die Nr. 4 entspricht der Antwort "unter den Brüsten" und wird von Frauen nach Nr. 2, "zwischen den Schenkeln bis Intimbereich", (Frauen 76 %, Männer 70 %) am zweithäufigsten (20 %) genannt. Nirgends wurd zu werden (Nr. 1) geben etwa 9 und 16 % von Frauen und Männern an. Etwa 13 % der Männer geben "Bauchfalten" (Nr. 3) den Bereich "unter den Achseln" (Nr. 5) und etwa 10 % den Bereich der "Afterfalte" (Nr. 6) an. Die Nr. 13 und 15 entsprechen den Angaben "Geschlechtsorgan" und "Leistengegend".

1. 2 Familiendaten

Nach dem derzeit ausgeübten Beruf befragt, sind 26 % der Männer Facharbeiter, 9 % Hilfsarbeiter, 20 % "Angestellte mit eigenem, selbständigen Aufgabenbereich", weitere 10 % "einfache Angestellte". Arbeiter in der Landwirtschaft, Landwirte oder Familienangehörige von Landwirten fehlen in der Stichprobe. 5 % sind selbständige Unternehmer eines Familien-, 3 % eines größeren Betriebes. 4 % sind Akademiker, nicht erwerbstätig sind 2 % ($N = 100$). Die Berufsangaben der Frauen ($N = 238$) weisen zwei deutliche Häufungen, 23 und 22 %, bei den Angaben "einfache Angestellte" und "Hausfrau mit erlerntem Beruf" auf. Relativ häufiger (13 %) werden noch "Angestellte mit eigenem, selbständigen Aufgabenbereich" und "Hausfrau ohne erlernten Beruf" (12 %) genannt. 3 % der Frauen geben akademische Berufe an. 3 Frauen der Gruppen I und II sind mitarbeitende Familienmitglieder auf dem eigenen Bauernhof; 2 % sind arbeitslos oder Frührentner.

Als erlernter Beruf wird von den Männern überwiegend (53 %, $N = 91$) "Facharbeiter" angegeben, 13 % nennen die Berufsbezeichnung "einfacher Angestellter", 11 % "Angestellter mit eigenem, selbständigen Aufgabenbereich"; 5,5 % sind Beamte, 4,4 % im mittleren und gehobenen Dienst. Frauen geben überwiegend (44 %, $N = 177$) die Berufsbezeichnung "einfache Angestellte". An nächster Stelle folgen "Angestellte mit eigenem, selbständigen Aufgabenbereich" (19 %) und Facharbeiterin" (19 %).

Zur übersichtartigen Beschreibung der Familien dient die Anzahl der Geschwister. 41 % der befragten Männer (N = 90) und 40 % (N = 242) der Frauen sind Einzelkinder. Männer und Frauen haben überwiegend einen (27 % Frauen, 24 % Männer) oder mehrere (12 % der Frauen, 18 % der Männer) ältere Brüder. Meist eine (22 % Frauen, 20 % Männer) ältere Schwester haben insgesamt 30 % der Frauen und 28 % der Männer. Etwa 30 % der Frauen und Männer geben jüngere Geschwister an, Brüder und Schwestern vergleichbar häufig. Mehr als ein Geschwister nennen durchschnittlich 12 % der Frauen. Am häufigsten (13 %) werden jüngere und ältere Brüder genannt. 21 % der Männer geben ein, 7,4 % mehr als ein Geschwister an; am häufigsten werden ältere Brüder, am seltensten (1 %) ältere Schwestern genannt. Etwa 15 % der befragten Frauen und 17 % der Männer geben ein verstorbenes Geschwister an, 3 % zwei und 3 Frauen mehr als drei verstorbene Geschwister.

Die vorliegenden Daten ermöglichen eine genauere Beschreibung der Familien - es wurden die Familiendaten der Eltern und Großeltern der befragten Person und deren Ehepartner erhoben. Diese Datenanalyse soll aber in einer eigenen Arbeit zu einem späteren Zeitpunkt veröffentlicht werden.

Um zu klären, ob es sich bei den untersuchten Stichproben um Personen des Typus der juvenilen oder der Erwachsenen-Fettsucht handelt, wurden zwei Methoden verwendet. Zum einen - Seite 8 des Fragebogens - wurde um eine möglichst exakte Schätzung des Körpergewichtes über den Verlauf der letzten 5, 10 und 15 Lebensjahre, zum anderen um verbale Einschätzung des relativen Gewichtes zu den Zeitpunkten "im Kindesalter", "zwischen ungefähr 10 und 14 Jahren" und "in der Jugendzeit" gebeten.

Die Form, in der die Gewichtsangaben erhoben wurden, läßt eine exaktere Protokollierung unter Berücksichtigung des Alters und OP-Zeitpunktes zu. Solche Analysen sind jedoch eher von medizinischem Interesse, weshalb sie für diese Arbeit nicht erstellt werden. Uns genügt eine übersichtsartige Entwicklungskurve, die

lediglich einen Eindruck darüber vermitteln soll, wie sich in unserer Stichprobe Patienten mit juveniler oder Erwachsenen-Fettsucht verteilt finden. Hierzu genügen die verbalen Bezeichnungen des relativen Körpergewichtes; sie können Tabellen 23 und 24 entnommen werden:

UFGEGLIEDERT NACH IM KINDESALTER (1-5)

23 () f

GESAMT	1.	2.	3.	4.	5.
108	1. 24.1%	36 33.3%	32 29.6%	11 10.2%	3 2.8%
45.6%	40.6%	50.7%	48.5%	44.0%	27.3%
73	2. 25 34.2%	20 27.4%	17 23.3%	7 9.6%	4 5.5%
30.5%	39.1%	28.2%	25.8%	28.0%	36.4%
8	3. 2 25.0%	2 25.0%	2 25.0%	2 25.0%	0 0.0%
3.4%	3.1%	2.8%	3.0%	8.0%	0.0%
21	4. 28.6%	5 23.8%	6 28.6%	3 14.3%	1 4.8%
8.9%	9.4%	7.0%	9.1%	12.0%	9.1%
27	5. 5 18.5%	8 29.6%	9 33.3%	2 7.4%	3 11.1%
11.4%	7.6%	11.3%	13.6%	8.0%	27.3%
237	64 27.0%	71 30.0%	66 27.8%	25 10.5%	11 4.6%

KAT-HOMOGENITAETSTEST

10.3 - 2.5 - 1.9 - 1.0 - 2.2 - 3.7 -

WZKOEFFIZIENT = 1.204 KORRIGIERT = 0.224

UFGEGLIEDERT NACH ZWISCHEN 10 UND 14 (1-5)

24 () f

GESAMT	1.	2.	3.	4.	5.
108	1. 35 32.4%	46 42.6%	21 19.4%	6 5.6%	0 0.0%
45.8%	42.2%	50.5%	51.2%	33.3%	0.0%
72	2. 28 38.9%	27 37.5%	7 9.7%	7 9.7%	3 4.2%
30.5%	33.7%	29.7%	17.1%	38.9%	100.0%
8	3. 4 50.0%	2 25.0%	1 12.5%	1 12.5%	0 0.0%
3.4%	4.8%	2.2%	2.4%	5.6%	0.0%
21	4. 6 38.1%	9 42.9%	4 19.0%	0 0.0%	0 0.0%
8.9%	9.6%	9.9%	9.8%	0.0%	0.0%
27	5. 6 29.6%	7 25.9%	8 29.6%	4 14.8%	0 0.0%
11.4%	9.6%	7.7%	19.5%	22.2%	0.0%
236	83 35.2%	91 38.6%	41 17.4%	18 7.6%	3 1.3%

KAT-HOMOGENITAETSTEST

20.1 - 1.3 - 2.1 - 5.2 - 4.7 - 6.8 -

WZKOEFFIZIENT = 0.280 KORRIGIERT = 0.313

UFGEGLIEDERT NACH IN DER JUGENDZEIT (1-5)

25 () f

GESAMT	1.	2.	3.	4.
107	1. 47 43.9%	31 29.0%	28 26.2%	1 0.9%
45.3%	43.9%	43.1%	51.9%	33.3%
73	2. 36 49.3%	21 28.8%	16 21.9%	0 0.0%
30.9%	33.6%	29.2%	29.6%	0.0%
8	3. 4 50.0%	2 25.0%	2 25.0%	0 0.0%
3.4%	3.7%	2.8%	3.7%	0.0%
21	4. 10 47.6%	10 47.6%	1 4.8%	0 0.0%
8.9%	4.3%	13.9%	1.9%	0.0%
27	5. 10 37.0%	8 29.6%	7 25.9%	2 7.4%
11.4%	9.3%	11.1%	13.0%	66.7%
236	107 45.3%	72 30.5%	54 22.9%	3 1.3%

KAT-HOMOGENITAETSTEST

16.1 - 0.8 - 2.3 - 3.7 - 5.4 -

WZKOEFFIZIENT = 1.253 KORRIGIERT = 0.292

Tabelle 23

IFGEGLIEDERT NACH IM KINDESALTER (1-5)

23 () 0

GESAMT	1.	2.	3.	4.	5.
46	1. 14 30.4%	14 30.4%	13 28.3%	5 10.9%	0 0.0%
46.5%	42.4%	45.2%	50.0%	62.5%	0.0%
19	2. 6 31.6%	7 36.8%	3 15.8%	2 10.5%	1 5.3%
19.2%	18.2%	22.6%	11.5%	25.0%	100.0%
15	3. 3 20.0%	5 33.3%	6 40.0%	1 6.7%	0 0.0%
15.2%	9.1%	16.1%	23.1%	12.5%	0.0%
11	4. 5 45.5%	4 36.4%	2 18.2%	0 0.0%	0 0.0%
11.1%	15.2%	12.9%	7.7%	0.0%	0.0%
8	5. 5 22.5%	1 12.5%	2 25.0%	0 0.0%	0 0.0%
8.1%	15.2%	3.2%	7.7%	0.0%	0.0%
99	33 33.3%	31 31.3%	26 26.3%	8 8.1%	1 1.0%

KAT-HOMOGENITAETSTEST

13.3 -

3.5 -

1.2 -

2.2 -

2.2 -

4.2 -

NZKOEFFIZIENT = 0.344

KORRIGIERT = 0.384

IFGEGLIEDERT NACH ZWISCHEN 10 UND 14 (1-5)

24 () 0

GESAMT	1.	2.	3.	4.	5.
46	1. 17 37.0%	17 37.0%	8 17.4%	4 8.7%	0 0.0%
46.0%	34.7%	54.8%	61.5%	66.7%	0.0%
20	2. 12 60.0%	5 25.0%	0 0.0%	2 10.0%	1 5.0%
20.0%	24.5%	16.1%	0.0%	33.3%	100.0%
15	3. 7 46.7%	6 40.0%	2 13.3%	0 0.0%	0 0.0%
15.0%	14.3%	19.4%	15.4%	0.0%	0.0%
11	4. 7 63.6%	1 9.1%	3 23.3%	0 0.0%	0 0.0%
11.0%	14.3%	3.2%	23.1%	0.0%	0.0%
8	5. 6 75.0%	2 25.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
8.0%	12.2%	6.5%	0.0%	0.0%	0.0%
100	49 49.0%	31 31.0%	13 13.0%	6 6.0%	1 1.0%

KAT-HOMOGENITAETSTEST

19.6 -

3.5 -

2.9 -

6.0 -

3.1 -

4.0 -

NZKOEFFIZIENT = 0.405

KORRIGIERT = 0.452

IFGEGLIEDERT NACH IN DER JUGENDZEIT (1-5)

25 () 0

GESAMT	1.	2.	3.	4.	5.
46	1. 25 54.3%	13 28.3%	7 15.2%	1 2.2%	0 0.0%
46.5%	41.7%	54.2%	53.8%	100.0%	0.0%
19	2. 10 52.6%	6 31.6%	2 10.5%	0 0.0%	1 5.3%
19.2%	16.7%	25.0%	15.4%	0.0%	100.0%
15	3. 11 73.3%	2 13.3%	2 13.3%	0 0.0%	0 0.0%
15.2%	18.3%	8.3%	15.4%	0.0%	0.0%
11	4. 8 72.7%	2 18.2%	1 9.1%	0 0.0%	0 0.0%
11.1%	13.3%	8.3%	7.7%	0.0%	0.0%
8	5. 6 75.0%	1 12.5%	1 12.5%	0 0.0%	0 0.0%
8.1%	10.0%	4.2%	7.7%	0.0%	0.0%
99	61 60.6%	24 24.2%	13 13.1%	1 1.0%	1 1.0%

Tabelle 24

KAT-HOMOGENITAETSTEST

9.3 -

1.4 -

2.1 -

0.4 -

1.2 -

4.2 -

NZKOEFFIZIENT = 0.293

KORRIGIERT = 0.377

- 1 = sehr übergewichtig
- 2 = etwas übergewichtig
- 3 = normalgewichtig
- 4 = etwas untergewichtig
- 5 = sehr untergewichtig

Es ist ersichtlich, daß sich die Angaben der Gewichtsgruppen I bis V statistisch nicht bedeutsam unterscheiden. Etwa 28 % der Frauen (N = 237) und 26 % der Männer (N = 99) geben an, in ihrer Kindheit normalgewichtig, 57 % der Männer und 65 % der Frauen etwas oder sehr übergewichtig gewesen zu sein. Etwas oder sehr untergewichtig dagegen waren nach ihren Angaben 15 % der Frauen und 9 % der Männer. Im Alter zwischen 10 bis 14 Jahren waren 75 % der Frauen und 80 % der Männer etwas oder sehr übergewichtig. Bis zur Jugendzeit scheint sich wenig zu verändern, Den Angaben zufolge waren 76 % der Frauen und 85 % der Männer etwas oder sehr übergewichtig. 23 % der Frauen und 13 % der Männer geben an, normalgewichtig, 3 % der Frauen und 2 % der Männer etwas untergewichtig gewesen zu sein.

Demnach kann man also mindestens ein knappes Viertel der Frauen und etwa 15 % der Männer zur Gruppe der Erwachsenen-Fettsucht, 60 % der Frauen und Männer zur juvenilen Fettsucht zählen.

Etwa 50 % der Befragten haben seit ihrer Ausbildung den Beruf nicht mehr gewechselt; 32 % der Frauen (N = 242) und 20 % der Männer (N = 102) waren nur an einem Arbeitsplatz tätig. Frauen und Männer geben am häufigsten (17 und 21 %) einen, 1 % der Frauen und 5 % der Männer sechs und mehr Wechsel des Berufes an; ein Viertel der Nennungen verteilt sich auf die Angaben 2, 3 und 4.

Den Arbeitsplatz neunmal und öfter gewechselt zu haben, geben 17 % der Männer und 5 % der Frauen an. Die Angaben der Männer streuen zu Anteilen von etwa 10 % relativ gleichmäßig über die Häufigkeiten 1 bis 6, die der Frauen von 1 bis 5.

Frauen (N = 233) haben zu 29 % Mittelschulen besucht, 4 % nennen Besuch von Fachoberschule und 2 % Fachhochschule, 11 % Gymnasien und 3 % Hochschulen. Berufs- und Berufsaufbauschulen werden von

34 und 4 % angegeben. Männer (N = 98) geben zu 23 % an Mittelschulen besucht zu haben. Fachober- und hochschulen geben 4 und 2 %, Gymnasien 26 % und Hochschulen 6 % der befragten Männer an. Berufsschule nennen 47 und Beruf-Aufbauschule 13 %.

Die Angaben über eigene Abschlüsse besuchter weiterführender Schulen (193 Frauen und 86 Männer) zeigen, daß etwa 3 % der Frauen die Mittelschule, die Fachober- und hochschule und 7 % das Gymnasium nicht abgeschlossen haben. Alle Männer haben die Mittelschule abgeschlossen. Die Fachoberschule hat einer von vier die Fachhochschule niemand abgeschlossen. 8 % geben einen Gymnasiumabschluß an, das heißt etwa 70 % der Männer und Frauen, die das Gymnasium besuchten, haben keinen Abschluß erreicht. Hochschulabschluß geben 3 % der Frauen und 5 % Männer an, was einer Erfolgsquote von 100 bzw. 83 % entspricht.

Als Schulabschlüsse der Väter nennen Frauen überwiegend (73 %, N = 184) Volksschule, 10 % Mittelschulen, 11 % Gymnasien und 2 % Hochschulen. Vergleicht man diese Angaben über die Väter mit denen der Befragten, so zeigt sich, daß Frauen häufiger als ihre Väter Mittelschulen abgeschlossen haben, also wenn man so will, eine bessere Ausbildung erfahren haben; die höhere Ausbildungsstufe des Gymnasiums aber wird von den Töchtern etwas weniger oft erreicht. "Akademiker-Väter" sind etwa gleich häufig wie "Töchter mit Hochschulabschluß". Väter der befragten Söhne haben häufiger Volksschulabschlüsse; die Söhne mehr als doppelt so oft wie ihre Väter Mittelschulabschlüsse. Väter mit Gymnasium- und Hochschul-Abschluß sind etwas seltener als Söhne

Zusammenfassend kann man bei den Gruppen der Frauen eine Tendenz zur Verbesserung schulischer Ausbildung in Richtung auf die Mittelschulen erkennen. Dies ist für die Gruppe der Männer noch etwas deutlicher; die prozentualen Anteile von Gymnasien- und Hochschul-Abschlüssen sind hier ein wenig größer.

Angaben zu Schulabschlüssen ihrer Mütter machen 187 Frauen und 84 Männer. 81 % der Frauen und 85 % der Männer geben für ihre Mütter Volksschul-Abschluß, 13 % Frauen und 10 % der Männer Mittelschul-, 6 % und 4 % der Frauen und Männer Gymnasium- und 1 % der Männer Hochschul-Abschlüsse an. Im Vergleich zu ihren Töchtern haben die Mütter fast doppelt so häufig Volksschul- und ein Drittel so häufig Mittelschulen- und Gymnasium-Abschlüsse. Schulabschlüsse von Geschwistern werden von 131 Frauen und 66 Männern angegeben; in die Berechnung gehen die ersten sechs Nennungen ein: Frauen nennen 281, Männer 143 Geschwister. Für die Schulabschlüsse der Geschwister der befragten Frauen ergibt sich zu 73 % Volksschul-Abschluß, 14 % Mittelschulen-, 1 % Fachoberschulen-, 9 % Gymnasium-, 1 % Hochschul-Abschluß. 3 % nennen Berufsaufbauschulen. Die genannten Schulabschlüsse der Geschwister der befragten Männer sind zu 65 % Volksschule, 22 % Mittelschulen, 8 % Gymnasium und 3 % Hochschulen:

Im Vergleich zu den genannten Schulabschlüssen der Befragten zeigt sich, daß die Frauen prozentual fast doppelt so häufig die Mittelschulen und etwa gleich oft das Gymnasium abgeschlossen haben wie ihre Geschwister. Bei den Männern zeigen sich beim Vergleich der Schulabschlüsse mit denen der Geschwister hohe Übereinstimmungen.

34 Frauen und 18 Männer geben ein oder mehrere Geschwister an, die stark untergewichtig, "magersüchtig" sind. Bezieht man diese Zahlen auf die Stichprobengröße der Geschwister, so ergeben sich prozentuale Verhältnisse von 34:281 und 18:143 für Männer und Frauen, was einmal 12, das andere Mal 13 % entspricht. Fettsüchtige Geschwister werden 84 mal von Frauen und 40 mal von den befragten Männern genannt, was einem prozentualen Verhältnis von 30 und 28 entspricht.

Verheiratet sind nach eigenen Angaben 191 Frauen und 65 Männer, nicht verheiratet 101 Frauen und 57 Männer. 47 % der nicht verheirateten Frauen leben alleine, 20 % zusammen mit einem Freund,

4 % zusammen mit einer Freundin, 4 % in einer Wohngemeinschaft mit anderen Paaren oder Freunden. Bei den Eltern wohnen 16 %, 2 % bei den Großeltern, in einem Heim 1 %. Geschieden sind 6 % der Frauen. Von den befragten nichtverheirateten Männern geben 25 %, an, alleine zu leben. 10 % geben an, zusammen mit einer Freundin, 2 % mit einem Freund, keiner in Wohngemeinschaften zu leben. Bei den Eltern wohnen 48 %, 8 % bei den Großeltern und 4 % in Heimen.

98 % der befragten verheirateten Frauen sind zum erstenmal, 1 % zum zweitenmal verheiratet - 1 Frau gibt an, zum fünftenmal verheiratet zu sein. 16 Frauen, das entspricht 8 % der Verheirateten ($N = 191$), leben von ihrem Ehepartner getrennt, 5 (3 %) leben mit ihrem Ehepartner in einer Wohngemeinschaft zusammen mit anderen Ehepaaren, 12 (6 %) bei den eigenen Eltern, 6 (3 %) zusammen mit den Schwiegereltern in einem Haus. Von den Männern ($N = 65$) geben 98 % an, zum erstenmal, 2 % zum zweitenmal verheiratet zu sein. 8 (12 %) leben von ihren Ehepartnern getrennt, 2 (3 %) leben mit ihren Frauen zusammen mit anderen Ehepaaren in einer Wohngemeinschaft, 4 (6 %) und 2 (3 %) bei den eigenen oder Schwiegereltern im Haus.

Wie Frauen und Männer das relative Gewicht ihrer Ehepartner einschätzen kann der folgenden Tabelle entnommen werden:

AUFGEGLIEDERT NACH VERBALE GEWICHTEINSCHÄTZUNF

21 () ♀							
	GESAMT	1.	2.	3.	4.		
1.	75	7 9.3%	27 36.0%	33 44.0%	7 9.3%		
	44.6%	53.6%	42.2%	42.9%	53.8%		
2.	51	3 5.9%	21 41.2%	23 45.1%	4 7.8%		
	30.4%	23.1%	32.8%	29.9%	30.8%		
3.	6	1 16.7%	2 33.3%	3 50.0%	0 0.0%		
	3.6%	7.7%	3.1%	3.9%	0.0%		
4.	10	1 10.0%	2 20.0%	7 70.0%	0 0.0%		
	6.0%	7.7%	3.1%	9.1%	0.0%		
5.	26	1 3.8%	12 46.2%	11 42.3%	2 7.7%		
	15.5%	7.7%	18.7%	14.3%	15.4%		
	168	13 7.7%	64 38.1%	77 45.8%	13 7.7%		

CHI-QUADRATE-HOMOGENITÄTEST

7.4 - 1.7 - 1.6 - 1.4 - 1.5 -
KONTINGENZKOEFFIZIENT = 0.205 KORRIGIERT = 0.229

AUFGEGLIEDERT NACH VERBALE GEWICHTEINSCHÄTZUNF

21 () ♂							
	GESAMT	1.	2.	3.	4.		
1.	24	1 4.2%	9 37.5%	9 37.5%	5 20.8%		
	46.2%	50.0%	52.9%	34.6%	71.4%		
2.	9	0 0.0%	3 33.3%	5 55.6%	1 11.1%		
	17.3%	0.0%	17.6%	19.2%	14.3%		
3.	8	0 0.0%	1 12.5%	6 75.0%	1 12.5%		
	15.4%	0.0%	5.9%	23.1%	14.3%		
4.	5	1 20.0%	0 0.0%	4 80.0%	0 0.0%		
	9.6%	50.0%	0.0%	15.4%	0.0%		
5.	6	0 0.0%	4 66.7%	2 33.3%	0 0.0%		
	11.5%	0.0%	23.5%	7.7%	0.0%		
	52	2 3.8%	17 32.7%	26 50.0%	7 13.5%		

DV-Zentrum der Universität Innsbruck

CHI-QUADRATE-HOMOGENITÄTEST

14.7 - 4.3 - 4.9 - 3.0 - 2.5 -
KONTINGENZKOEFFIZIENT = 0.470 KORRIGIERT = 0.543

46 und 37 % der Frauen und Männer haben etwas oder sehr übergewichtige Ehepartner. Die meisten Frauen (27 %, N = 191) haben zwei Kinder mit ihrem jetzigen Ehepartner, 25 % haben ein Kind. 13 % geben drei, 5 % vier und 3 % fünf und mehr Kinder an; etwa ein Viertel gibt an, keine Kinder zu haben. 23 % der befragten Männer (N = 65) geben an, mit ihren jetzigen Frauen zwei Kinder zu haben; 17 % geben ein Kind und drei Kinder, 3 % vier und mehr als vier Kinder an.

Frauen geben zu etwa 10 % an, mindestens ein Kind zu haben, das sehr untergewichtig, "magersüchtig" ist; fettsüchtige Kinder werden von 17 % genannt. Männer bezeichnen 16 % ihrer Kinder als fett- und 8 % als magersüchtig.

Die Prüfung der relativen Häufigkeit der Kinder in den Familien der befragten Männer und Frauen erbrachte keine statistisch bedeutsamen Unterschiede. In den Familien der Frauen und Männer unterscheidet sich die Anzahl der Kinder nicht voneinander. Auch die Häufigkeiten, mit denen die befragten Männer und Frauen überhaupt Kinder haben, sind statistisch nicht bedeutsam voneinander unterschieden.

12 % der verheirateten Frauen haben aus ihren ersten Ehen in die zum Zeitpunkt der Untersuchung bestehende Ehe Kinder eingebracht. Überwiegend (9 %) wird ein Kind genannt; je eine Frau gibt fünf und acht Kinder an. 7 % der Frauen sind mit Männern verheiratet, die aus ihrer ersten Ehe überwiegend (5 %) ein Kind, seltener (1,6 und 0,4 %) zwei und drei Kinder mit in die Ehe gebracht haben. 5 % der Männer haben aus ihrer ersten Ehe - 1 % aus der zweiten - überwiegend ein Kind (3 %) - je ein Mann gibt drei und vier Kinder an - in die Ehe mit eingebracht.

Verstorbene Kinder werden von 1 % der Frauen und 3 % der Männer angegeben. 10 % der Frauen und 3 % der Männer geben an mit Ehepartnern verheiratet zu sein, die vor ihrer Ehe schon einmal verheiratet waren.

37 Frauen und 12 Männer machen Angaben zu den Gründen ihrer Trennung vom Ehepartner. Ein Viertel der Frauen und ein Drittel der Männer geben Scheidung an, "weil mein Partner mich zu dick fand". 46 % der Frauen und 42 % der Männer meinen "weil mein Ehepartner einen anderen Partner gefunden hatte". 16 % der Frauen und 8 % der Männer geben den Verlust des Ehepartners durch Unfall oder Krankheit und 11 % der Frauen und 17 % der Männer Scheidung mit der Begründung an, selbst einen passenderen Partner gefunden zu haben.

Die Väter von 53 % (N = 249) der Frauen und 57 % (N = 107) der Männer leben noch. 10 % der Frauen geben Vaterverluste vor ihrem 6., 7 % vor ihrem 14. Lebensjahr an. Als Grund für den Verlust wird in 27 % Tod, in 6 % Scheidung aufgeführt. Die Männer nennen zu 5 % Vaterverluste vor dem 6., zu 8 % vor dem 14. Lebensjahr. In 23 % wird Tod, in 4 % Scheidung angegeben.

Die Mütter von 73 % der Frauen und 36 % der Männer leben noch. 2 und 1 % der Frauen und Männer nennen den Verlust vor dem 6., 4 und 3 % vor dem 14. Lebensjahr. In 5 % geben die Frauen Tod, in 3 % Scheidung als Grund für den Verlust an; bei den Männern sind es 5 und 6 %.

Insgesamt lassen sich bei den Frauen in 17 % Vater-, in 6 % Mutterverluste vor dem 14. Lebensjahr feststellen. Bei den Männern sind die entsprechenden Prozentzahlen 13 und 4 %.

8 % der befragten Frauen (N = 218) geben an, einen Stiefvater, meist (N = 12) zwischen 1 bis 5 Jahre nach dem Verlust des Vaters, bekommen zu haben. Von den Männern (N = 95) geben 10 (11 %) an, einen Stiefvater - überwiegend (N = 6) - in der Zeit von 1 bis 5 Jahre nach dem Verlust des Vaters bekommen zu haben.

75 % der Frauen (N = 218) und 28 % der Männer (N = 95) geben einen Vaterverlust ihres Ehepartners an. Der Verlust war in

39 % vor dem 6., - in 16 % vor dem 14. Lebensjahr durch Tod. Die befragten Männer geben in 36 % Vaterverluste ihrer Frauen vor dem 6. und in 21 % vor dem 14. Lebensjahr durch Tod an.

Mutterverluste des Ehepartners geben 33 % der befragten Frauen im Zeitraum bis zum 6., 16 % bis zum 14. Lebensjahr an; die befragten Männer geben zu 38 % einen Zeitpunkt vor dem 6., zu 13 % vor dem 14. Lebensjahr ihrer Frauen - ausschließlich durch Tod - an.

26 % der befragten Frauen (N = 218) geben an, vor ihrem 6. Lebensjahr bis zu 20 Wochen in Krankenhäusern verbracht zu haben; weitere 5 % geben mehr als 20 Wochen an. 2 % haben bis zu 20 Wochen - weitere 3 % mehr als 20 Wochen - in Heimen vor ihrem 6. Lebensjahr zugebracht. Bis zu diesem Alter waren bei Pflegeeltern 3 % der befragten Frauen (N = 215) bis zu 20 Wochen; 4 % über ein Jahr. Männer geben zu 27 % an, vor ihrem 6. Lebensjahr bis zu 20 Wochen in Krankenhäusern gewesen zu sein. 2 % nennen Zeiträume bis zu einem, 3 % über ein Jahr. Ein knappes Jahr Heimaufenthalt wird nur von einem der befragten Männer genannt. Bei Pflegeeltern haben bis zu 20 Wochen vor ihrem 6. Lebensjahr etwa 4 % der befragten Männer (N = 92) zugebracht. 5 % geben Zeiträume über ein halbes Jahr an.

Krankenhausaufenthalte zwischen 1 bis 20 Wochen werden von 51 % der befragten Männer genannt; 3 % geben längere Zeiträume an. Bis zum gleichen Alter von etwa 14 Jahren waren 45 % der befragten Frauen (N = 215) zwischen 1 und 20 Wochen in Krankenhäusern; etwas über 3 % geben längere Aufenthalte an. In Heimen haben 6 % 1 bis 20 Wochen, 7 % noch längere Zeiträume bis zu ihrem 14. Lebensjahr verbracht. Aufenthalte bei Pflegepersonen werden von 12 % genannt, die meist 1 bis 20 Wochen (5 %) und in geringeren Prozentsätzen auch einige Jahre dauerten. In Heimen waren 10 % der befragten Männer bis zum 14. Lebensjahr, meist (3 %) für die Dauer von 1 bis 20 Wochen. 7 % geben längere Zeiträume,

einige jahrelange Heimaufenthalte an. 13 % lebten, wenigstens zeitweise, bei Pflegepersonen, 10 % von ihnen länger als ein halbes Jahr, 7 % länger als 2 Jahre.

170 Frauen und 79 Männer machen Angaben über erlernte Berufe ihrer Mütter. Die Mütter der Frauen werden am häufigsten (28 %) als "einfache Angestellte" (18 %), "ungelernte Arbeiterinnen, Hilfsarbeiterinnen" (18 %), "Hausfrauen ohne erlernten Beruf" und in 15 % "Facharbeiterinnen" bezeichnet. 8 % geben für ihre Mütter die Berufsbezeichnung "Angestellte mit eigenem, selbständigen Aufgabenbereich" an. Für eine Mutter wird "angestellte Akademikerin" angegeben. Für die Berufe ihrer Mütter geben die befragten Männer am häufigsten (30 %) die Bezeichnung "einfache Angestellte". "Hausfrau ohne erlernten Beruf" (23 %) und "Facharbeiterinnen" (22 %) an. Akademische Berufe werden nicht genannt.

Die Angaben zu den ausgeübten Berufen decken sich im wesentlichen mit den Angaben über erlernte Berufe. Erwartungsgemäß sind die Anteile von Angaben zu Hausfrauen mit und ohne Berufsausbildung gestiegen; bei den befragten Frauen ergeben sich insgesamt 55 %.

65 % der Mütter der befragten Frauen (N = 238) werden als etwas oder sehr übergewichtig, 4 % als etwas oder sehr untergewichtig eingeschätzt. Dieses Gewicht haben die Mütter überwiegend schon seit sehr vielen Jahren, die häufigsten Angaben liegen im Zeitraum von 46 bis 50 Jahre; ein zweiter Gipfel in der Verteilung ist bei 16 bis 25 Jahre zu finden. In ihrer Kindheit und Jugend sind die Mütter überwiegend als "normalgewichtig" eingeschätzt. 74 % der befragten Männer (N = 105) schätzen ihre Mütter als etwas oder sehr übergewichtig ein, 3 % als etwas oder sehr untergewichtig. Das angegebene Gewicht scheinen die Mütter überwiegend (über 25 %) seit 26 und mehr Jahren zu haben. Die Einschätzung des relativen Gewichts in ihrer Kindheit und Jugend wird

überwiegend mit "normalgewichtig" bezeichnet; nur für ein Viertel der Mütter wird etwas oder deutliches Übergewicht angegeben.

Die Väter werden von den befragten Frauen ($N = 217$) zu 58 % als etwas oder sehr übergewichtig eingeschätzt; 6 % als etwas oder sehr untergewichtig. Am häufigsten wird angegeben, daß der Vater dieses Gewicht schon seit über 40 Jahren habe; ein zweiter Gipfel in der Verteilung weist auf den Zeitraum von 16 bis 30 Jahren hin. Das Gewicht der Väter in der Kindheit und Jugend wird überwiegend als "normalgewichtig" eingeschätzt, 13 % schätzen ihre Väter in der Kindheit als etwas oder sehr übergewichtig ein. Die Väter der befragten Männer ($N = 99$) werden zu 57 % als etwas oder sehr übergewichtig eingeschätzt; 7 % als etwas oder sehr untergewichtig. Diese Gewichte haben sie überwiegend seit vielen Jahren; Häufungen der Angaben finden sich bei den Zeiträumen 26 bis 20 und 46 bis 50 Jahren. Das Gewicht der Väter in deren Kindheit und Jugendzeit wird überwiegend mit "normalgewichtig" angegeben; 13 % bezeichnen ihre Väter in der Kindheit als etwas oder sehr übergewichtig. Aus Platzgründen wird auf die tabellarische Darstellung verzichtet.

Für die Väter der befragten Frauen ($N = 222$) wird als erlernter Beruf am häufigsten (45 %) "Facharbeiter", in 10 % der Fälle "Angestellter mit eigenem, selbständigen Aufgabenbereich" angegeben; 7 % sind Akademiker. Die verbleibenden Berufsangaben verteilen sich relativ gleichmäßig auf die anderen Antwortkategorien.

Anhand der Liste über die ausgeübten Berufe ist zu erkennen, daß die Zahl der Facharbeiter auf weniger als die Hälfte abgenommen hat. Deutlich zugenommen haben die Angaben bei den Berufsbezeichnungen "leitender Angestellter" (um ca. 5 %) "selbständiger Unternehmer eines Familienbetriebes" (um 8 %); die anderen Werte sind nur geringfügig verändert. 3 % sind selbständige Landwirte; 2 % nicht erwerbstätig.

Die befragten Männer (N = 102) geben für die gelernten Berufe ihrer Väter am häufigsten (54 %) die Bezeichnung "Facharbeiter" an. Die verbleibenden Angaben verteilen sich relativ gleichmäßig über die anderen Berufsbezeichnungen.

Beim Vergleich mit der Berufeliste für ausgeübte Berufe zeigt sich ein um mehr als die Hälfte geringerer Prozentsatz bei der Berufsbezeichnung "Facharbeiter". Die dadurch freigewordenen Angaben verteilen sich relativ gleichmäßig über alle Berufsgruppen; typische Häufungen ergeben sich nicht. 12 % der Angaben vereinigen sich auf die Berufsbezeichnung Angestellte, Meister oder Vorarbeiter und selbständige Unternehmer eines Familienbetriebes. Weiter wird ein selbständiger Landwirt, drei Angestellte und ein selbständiger Akademiker genannt; 3 % sind nicht erwerbstätig.

1. 3 Fragebogen zum sexuellen Bereich

Arbeiten, die sich explizit mit der Untersuchung sexueller Probleme bei extrem Fettsüchtigen befassen, konnte ich in der Literatur nicht finden. Das mag daran liegen, daß es einfach plausibel erscheint, daß diese extrem übergewichtigen Menschen sexuelle Schwierigkeiten haben. Für unsere Untersuchungen ist es aber unerlässlich, Informationen darüber zu haben, ob und wie sich die Lebenssituation und damit auch der sexuelle Bereich der Patienten durch die Operation verändert.

Im Juli und August des Jahres 1975 konnte ich mehrere Einzelgespräche und ein Gruppengespräch mit 4 männlichen Patienten führen, die unmittelbar vor der Operation standen. Es ermutigte mich, diesen Bereich so ausführlich, wie aus dem beiliegenden Fragebogen ersichtlich, zu erfassen. Die Patienten äußerten sich nach einiger Zeit der Eingewöhnung sehr offen darüber, häufig sexuelle Phantasien zu haben, sexuell sehr stark ansprechbar, aber beim Geschlechtsverkehr, bedingt durch ihr "wenig eroti-

sierendes Aussehen", auf große Toleranz ihrer Partnerinnen angewiesen zu sein. Was sexuelle Praktiken angeht, herrschte bei allen Gesprächspartnern der Wunsch nach "Abwechslung". Die drei verheirateten Patienten gaben an, trotz aller Schwierigkeiten eine, in sexueller Hinsicht befriedigende Ehe zu führen. Der vierte Patient, ein 21 jähriger Mann, hatte noch keine sexuellen Erfahrungen. Er erklärte, daß er Angst habe, von Mädchen zurückgewiesen zu werden, jedoch hoffe, daß nach erfolgter Gewichtsabnahme dieses Problem für ihn zu meistern sei.

Beim "Fragebogen zum sexuellen Bereich" wurde versucht, Feststellungen so zu formulieren, daß sowohl Einstellungen zur Sexualität als auch sexuelles Verhalten erfaßbar wurden. Da jedoch nicht angenommen werden kann, daß über diesen Bereich mit eben so großer Freimütigkeit berichtet wird, wie etwa über Familien-
daten, wurden einige Fragen zur "Entlastung" aufgenommen. So kann geantwortet werden, daß man "gar keine sexuellen Probleme habe", daß für einen die Sexualität "nur Mittel zum Zweck sei, um Kinder zu bekommen" oder "daß die Probleme in erster Linie vom Partner abhängen". Natürlich können solche Antworten in Einzelfällen auch "wahr" sein.

Für die Interpretation dieses Fragebogens stehen nur vereinzelt Vergleichswerte aus Normal-Stichproben zur Verfügung. Die vorliegenden Daten lassen jedoch Aussagen darüber zu, ob die gegebenen Antworten spezifisch durch bestimmte Alters- oder Gewichtsgruppen, eher von weiblichen oder männlichen Patienten gegeben werden. Die Unterteilung der Gesamtgruppe in kombinierte Alters-, Gewichts- und Geschlechtsgruppen ist wegen der vereinzelt zu geringen Zellenbesetzung nicht immer sinnvoll. Eine Erhebung von "Normdaten" stellt zwar kein prinzipielles Problem dar, scheint aber für unsere Fragestellung nicht nötig zu sein.

Da die meisten der Items dichotom und nicht normalverteilt sind, bietet sich für die Prüfung, ob Antworten innerhalb der Gruppen

von der erwarteten Gleichverteilung abweichen, der χ^2 -Homogenitätstest an. Die errechneten χ^2 -Werte beziehen sich auf die jeweiligen Untergruppengrößen. Signifikante χ^2 -Werte weisen darauf hin, daß Beantwortungstendenzen innerhalb einer Gruppe oder Untergruppe bestehen.

Die vom Rechner gedruckten Tabellen geben Auskunft über den Stichprobenumfang (N) der einzelnen Untergruppen mit dem berechneten prozentualen Anteil der Gesamtgruppe und für jede der Antwortmöglichkeiten die Anzahl der Nennungen mit den entsprechenden Prozentzahlen bezogen auf die jeweilige Untergruppe. Schließlich wird noch das Gesamt-N für jede Antwortmöglichkeit und der entsprechende prozentuale Anteil aufgedruckt. Der χ^2 -Wert ist unter den jeweiligen Spalten zu finden; S besagt, daß der χ^2 -Wert auf dem 5 %-Niveau, SS, auf dem 1 %-Niveau, signifikant ist. Die χ^2 -Werte unter den Antwortspalten ergeben sich aus der Aufteilung des χ^2 -Wertes für die Gesamttabelle. Diese Aufspaltung ermöglicht es zu erkennen, welche der Spalten zur Heterogenität beiträgt. Die Berechnung des Kontingenzkoeffizienten (270, S. 188) zeigt den Zusammenhang der gemessenen Merkmale auf. In den Kontingenzkoeffizienten gehen die χ^2 -Werte ein; da er den Wert 1, äquivalent des Korrelationskoeffizienten, nicht erreichen kann, wird er korrigiert. Die Werte des korrigierten Kontingenzkoeffizienten veranschaulichen den Zusammenhang der gemessenen Merkmale. In die Berechnung des Kontingenzkoeffizienten gehen keine Annahmen über die Verteilung und das Skalenniveau der gemessenen Merkmale ein.

Um überprüfen zu können, ob sich bei Patienten bestimmter Altersgruppen spezifische Antworttendenzen ergeben, wird über die Gesamtgruppe, getrennt nach männlichen und weiblichen Patienten und zusätzlich über 7 Altersgruppen der χ^2 -Homogenitätstest und der Kontingenzkoeffizient gerechnet.

Ergebnisse und Interpretation

Bei dem Statement "Ich habe noch keine sexuellen Kontakte gehabt" ergeben sich keine Unterschiede zwischen den Gruppen. Bei den Untersuchungsgruppen I bis V und den Altersstufen 7 bis 7 zeigen sich keine statistisch bedeutsamen Unterschiede bezüglich der Antworthäufigkeiten. Die Frage wird von 5 % der Frauen-Gruppen (N = 243) und 9 % der Männer-Gruppen (N = 106) bejaht.

Beim Item "Ich habe nur selten sexuelle Kontakte" zeigen sich keine gruppenspezifischen - statistisch signifikanten - Unterschiede bei der Beantwortung. 28 % der Frauen (N = 250) und 30 % der Männer (N = 112) bejahen dieses Statement. Bezüglich der Altersverteilung ergeben sich keine statistisch bedeutsamen Unterschiede.

Die Anzahl der "sexuellen Kontakte im vergangenen Jahr", die als "selten" eingeschätzt wird, schwankt zwischen 0 und 100, etwa 50 % der Frauen-Gruppe geben zwischen 1 und 30 an. Bei Männer- und Frauen-Gruppen fällt auf, daß etwa 70 % die Frage nicht beantworten oder Null ankreuzen, 18 % der Männer und 14 % der Frauen (Modalwert) geben zwischen 1 und 10 an. Die restlichen Angaben verteilen sich relativ gleichmäßig. Die Prüfung der Alters- und Gewichtsgruppen ergibt keine Auffälligkeiten. Die Unterschiede der Beantwortung zwischen Frauen und Männern sind statistisch nicht bedeutsam.

Etwa "durchschnittlich häufig sexuelle Kontakte" zu haben, bejahen etwa 33 % der Frauen (N = 257) und 32 % der Männer (N = 111). Es ergeben sich keine statistisch bedeutsamen Unterschiede bei der Beantwortung innerhalb der Gewichts- und Altersgruppen. Die genannte "Anzahl durchschnittlich häufig sexueller Kontakte im letzten Monat" schwankt bei Frauen- und Männer-Gruppen zwischen

1 und 30. Die Frage wird von 36 Männern und 84 Frauen beantwortet. Bei den Frauen ergeben sich geringfügige Häufungen bei den Angaben 11 und 21 bis 25, bei den Männern bei 13 und 16. Die χ^2 -Werte des Homogenitätstests sind auf dem 5 %-Niveau signifikant, wegen der geringen Zellenbesetzungen jedoch nicht allzu aussagestark. Augenscheinlich ergeben sich bei der Gesamtdarstellung keine gruppenspezifischen Besonderheiten. Die Prüfung der Alters- und der Männer-Frauen-Verteilung erbringt keine statistisch bedeutsamen Abweichungen.

"Wahrscheinlich häufiger als der "Durchschnittsbürger" sexuelle Kontakte zu haben", bejahen 3 % der Frauen ($N = 241$) und 6 % der Männer ($N = 105$). Die Prüfung der Altersgruppen mit dem χ^2 -Homogenitätstest erbringt keine signifikanten Ergebnisse. 54 % der Frauen und 51 % der Männer machen Angaben über die Häufigkeit ihrer sexuellen Kontakte im letzten Monat. Der Modalwert der Männer und Frauen liegt bei 10.

21 Frauen und 12 Männer machen Angaben über die "Anzahl der sexuellen Kontakte im Monat" die sie für "überdurchschnittlich häufig" halten. Bei den Frauen-Gruppen streuen die Angaben relativ gleichmäßig über die Häufigkeit 2, 3, 7, 13, 16 bis 40; Angaben zwischen 7 und 13 fehlen. Bei den Männern ergeben sich Häufungen bei 9, 16 bis 20, 21 bis 25, 26 und mehr; die Häufungen bei der Klasse 21 bis 25 sind auf dem 1 %-Niveau signifikant. Die Prüfung der Alters-, Gewichts- und Geschlechter-Gruppen ergibt keine von den Erwartungswerten abweichenden Ergebnisse. Der Modalwert für Männer ($N = 4$) und Frauen ($N = 8$) liegt bei 16 bis 20.

Das Statement "Sex, körperliche Liebe, hat mir eigentlich noch nie viel bedeutet" bejahen 83 von 266 Frauen und 9 von 114 Männern, was einem prozentualen Verhältnis von etwa 31:8 ($\chi^2 = 21$, $p = 0.001$) entspricht. Die χ^2 -Werte über die Gewichts- und Alters-Gruppen sind nicht signifikant.

"Sex, körperliche Liebe, war schon immer wichtig für mich: Es tut mir leid, daß ich aufgrund meines Übergewichtes im sexuellen Bereich eingeschränkt bin" bejahen 149 von 258 Frauen und 84 von 114 Männern, was einem prozentualen Verhältnis von etwa 58:74 ($\chi^2 = 7.9$, $p < 0.01$) entspricht. Bei der Prüfung der Altersgruppen ergibt sich ein auf dem 1 %-Niveau signifikanter χ^2 -Wert, der auf eine heterogene Beantwortung durch die verschiedenen Altersgruppen hinweist. Es zeigt sich, daß besonders die Altersgruppen 2, 3, 5 und 6, was den Lebensalter-Klassen 21 bis 25, 26 bis 30, 36 bis 40 und 41 bis 45 entspricht, diese Feststellung verneinen. Außerordentlich selten wird sie durch die Altersgruppen 1 und 4, was den Lebensalter-Klassen von 20 und 31 bis 35 Jahren entspricht, verneint. Bei der Prüfung der Altersgruppen der Frauen zeigen sich keine statistisch bedeutsamen Unterschiede.

"Sex war schon immer wichtig für mich: Ich fühle mich durch mein Übergewicht im sexuellen Bereich nicht beeinträchtigt" bejahen 37 % von 254 Frauen und 35 % von 111 Männern. Die Beantwortung durch die Gewichts- und Altersgruppen sind sehr homogen.

"Sexuelle Probleme habe ich schon, aber die haben mit meinem Übergewicht gar nichts zu tun" beantworten etwa 39 % von 250 Frauen und 22 % von 106 Männern ($\chi^2 = 9.4$, $p < 0.01$). Der Homogenitätstest bringt keine signifikanten Werte, was für die relativ gleichmäßige Beantwortung durch Alters- und Gewichtsgruppen spricht.

Das Statement "Ich habe gar keine sexuellen Probleme" bejahen 32 % der 244 Frauen und 31 % von 109 Männern. Die Beantwortung ist relativ homogen über alle Gewichts- und Altersgruppen.

"Körperliche Liebe war noch nie besonders befriedigend für mich" bejahen 30 % der 237 Frauen und 12 % von 108 Männern. Die Homogenitätsprüfung weist keine Auffälligkeiten auf. Der Unterschied

in der Beantwortungstendenz zwischen Männern und Frauen dagegen ist, geprüft mit dem Vierfelder- χ^2 -Test, hoch signifikant.

Die Frage, bei welchem Körpergewicht sich die Häufigkeit der sexuellen Kontakte geändert habe, wird sehr unterschiedlich beantwortet. In der Gruppe der Frauen, von denen 157 die Frage beantworteten, geben etwa 40 % die Gewichtsklassen zwischen 66 und 80 Kilogramm an. Die Verteilungen erscheinen homogen über Alters- und Gewichtgruppen. Von den 115 Männern beantworten 58 die Frage. Es ergeben sich - allerdings statistisch nicht bedeutsame - Häufungen der Antworten bei den Gewichtsklassen 76 bis 80, 86 bis 90 und 96 bis 100 Kilogramm. Der Modalwert der Frauen-Gruppe liegt bei 76 bis 80, der der Männer-Gruppe bei 96 bis 100 Kilogramm.

Früher, bei der angegebenen Gewichtsklasse, häufiger als jetzt sexuelle Kontakte gehabt zu haben, bejahen 101 von 209 der befragten Frauen und 29 von 81 Männern, was einem prozentualen Verhältnis von etwa 48:36 entspricht ($\chi^2 = 3.3$, $p < 0.10$).

"Auch nicht häufiger als jetzt sexuelle Kontakte gehabt zu haben" geben etwa 34 % der befragten Frauen und 48 % der Männer an. Die Prüfung, ob bestimmte Altersgruppen besonders häufig zu den gefundenen Antwort-Tendenzen beitragen, ergibt, daß alle sieben Altersgruppen keine von den Erwartungswerten abweichenden Antworthäufigkeiten aufweisen.

Der Feststellung "körperliche Liebe war für mich immer ein Mittel zum Zweck: Ich wollte Kinder haben. Ansonsten war körperliche Liebe, Sex, nicht wichtig für mich" stimmen etwa 13 % von 250 Frauen und 8 % von 108 Männern zu. Die Verteilung über die Alters- und Gewichtgruppen ist unauffällig.

Der Feststellung "meine sexuellen Probleme hängen in erster Linie von meinem Partner ab; mit einem anderen Partner könnte

mir Sex schon mehr bedeuten" stimmen etwa 25 % von 231 Frauen und 26 % von 100 Männern zu. Alters- und gewichtsklassenabhängige Antworttendenzen können nicht festgestellt werden.

"Mein jetziger Partner hält mich für Sex zu dick" wird von etwa 34 % der 210 Frauen und 33 % von 88 Männern bejaht. Es lassen sich keine alters- oder gewichtsgruppenspezifische Antworttendenzen nachweisen. 50 % der Frauen und 42 % der Männer geben an, "das macht mich sehr unglücklich". Etwa 18 % der Frauen und 14 % der Männer meinen "das macht mir nicht viel aus, es gibt wichtigeres". Etwa 5 % der Frauen und 7 % der Männer geben an "damit hat er (der Partner) eigentlich gar nicht recht" und etwa 27 % der Frauen und 37 % der Männer "er (der Partner) hat damit recht, aber ich kann es nicht ändern".

Wie häufig die Patienten das Gefühl hatten "ihren Partner für die körperliche Liebe zu dick erschienen zu sein" beantworten etwa 28 % der Frauen ($N = 244$) und 16 % der Männer ($N = 105$) mit "noch nie" ($\chi^2 = 4.5$, $p < 0.05$). 34 % der Frauen und etwa 35 % der Männer geben an "selten"; "oft" geben etwa 21 % der Frauen und 14 % der Männer an, "fast immer" wird von etwa 18 % der Frauen und 34 % der Männer ($\chi^2 = 10.7$, $p < 0.01$) angegeben. Es zeigen sich keine alters- und gewichtsgruppenabhängige Unterschiede in der Beantwortung.

Über die Häufigkeit, mit der die Partner der Patienten überge-
wichtig waren, geben etwa 63 % der Frauen ($N = 235$) und etwa 50 % der Männer ($N = 101$) an "noch nie" ($\chi^2 = 4.4$, $p < 0.05$). "Selten" geben etwa 27 % der Frauen und 46 % der Männer an ($\chi^2 = 11.2$, $p < 0.001$), "oft" und "fast immer" etwa 3 und 7 % der Frauen und 1 und 4 % der Männer. Bei der Beantwortung lassen sich keine statistisch bedeutsamen Unterschiede zwischen den Alters- und Gewichtsgruppen feststellen. Die unterschiedlichen Signifikanzen bei den Antwortmöglichkeiten 1 und 2 lassen es sinnvoll erscheinen diese Kategorien zusammengefaßt zu ver-

gleichen. Es ergibt sich für "oft" und "fast immer" gegen die Antwortkategorie 3 und 4

(1+2)	Männer	Frauen	
+	96	200	296
-	5	35	40
	101	235	336

$\chi^2=5.7$, p liegt zwischen 0.02 und 0.01, d.h. Männer geben statistisch signifikant seltener an übergewichtige Partner zu haben.

Bei der Anzahl der Partner, mit denen die Patienten sexuelle Kontakte hatten, ergeben sich keine alters- oder gruppenspezifische Beantwortungen, die statistisch bedeutsam wären. Etwa 50 % der Frauen geben zwischen 1 und 4 Partner an, etwa 22 % (Modalwert) 2. Die restlichen Angaben schwanken, bei prozentual kleiner Besetzung zwischen 5 und 80 bis 90 Partnern (N = 269). Etwa 55 % der Beantwortungen verteilen sich auf die Angaben 0 bis 5, die restlichen Angaben reichen, bei prozentual sehr geringer Besetzung bis hin zu den Klassen 150 bis 200 und 201 bis 250 Partner. Bei den Männern zeigt sich eine bimodale Verteilung mit den Gipfeln 11 (11.9 % der Antworten) und 3 (11 % der Antworten).

Das Alter beim ersten sexuellen Kontakt streut zwischen der Altersgruppe "bis 10 Jahre" und "31 bis 35 Jahre" bei den Frauen (N = 273) und von etwa "10" bis "26 bis 30 Jahre" bei den Männern (N = 120). Bei der Analyse der Verteilungen zeigt sich ein statistisch auf dem 5 %-Niveau signifikanter Wert bei der Frauen-Gruppe "31 bis 35 Jahre", der durch Patientinnen der "Operierten-Stichprobe" zustande kommt; bei den Männern ergeben sich keine statistisch bedeutsamen Unterschiede in der Beantwortung.

Etwa 8 % der Frauen und 15 % der Männer waren, nach ihren Angaben, beim ersten sexuellen Kontakt etwa 10 Jahre alt, etwa 11 % der Frauen und 23 % der Männer zwischen 11 und 15 Jahren. Etwa 50 % der Frauen liegen in den Beantwortungsgruppen 1 bis 4, was den Altersstufen 10 bis 17 Jahre entspricht; bei den Männern ist die Verteilung vergleichbar. Etwas über 2 % der Frauen und 6 % der Männer waren beim ersten sexuellen Kontakt über 24 Jahre alt. Der Modalwert der Frauen-Gruppe liegt bei 18 Jahren, der der Männer zwischen 11 bis 15 Jahre; die Mediane beider Gruppen sind 17.

Der Altersunterschied zum damaligen Partner war bei etwas über 6 % der Frauen und 11 % der Männer über 11 Jahre; die Rangweite bei den Frauen-Gruppen beträgt 11 bis 30, bei den Männern 11 bis 20 Jahre. Knapp 50 % der Frauen geben einen Altersunterschied von 1 bis 5 Jahren (Modus = 5, Median zwischen 4 bis 5), etwa 50 % der Männer den von 1 bis 3 Jahren (Modus = 0, Median = 3 bis 4) an. Von 224 Frauen und 88 Männern geben 98, das sind 68 %, an, daß ihre ersten Partner älter waren; etwa 32 % der Männer hatten also einen jüngeren "ersten Partner". Es zeigen sich keine für Alters- oder Gewichtsgruppen spezifischen Antworttendenzen.

Die Partner der Frauen-Gruppe waren in der Mehrzahl etwa gleichalterig (50 % von 264 Befragten, Modus = 2: "älter"). In der Gruppe der Männer fällt die relative Gleichverteilung der Antworten "älter", "etwa gleichalterig" (Modalwert) und "jünger" auf. Ungefähr 28 % der Männer (N = 116) wählen die erste, 33 % die zweite und 19 % die dritte Antwortmöglichkeit. Nur in 2 % der Fälle waren die Partner der Frauen-Gruppe jünger oder wesentlich jünger, bei 30 % der Männer dagegen in der Mehrzahl älter oder wesentlich älter. Die Homogenitätsprüfung ergibt keine Hinweise auf gruppen- oder altersspezifische Unterschiede bei der Beantwortung.

"Ich finde nicht den richtigen Zugang zum anderen Geschlecht" bejahen 35 % der Frauen (N = 255) und 45 % der Männer (N = 108). Bei der Prüfung, ob alters- oder gewichtsgruppenspezifische Antworttendenzen vorliegen, ergeben sich keine Auffälligkeiten.

Das Statement "Ich habe Angst, mich in sexueller Hinsicht zu blamieren, zu versagen" bejahen etwa 37 % der Frauen (N = 255) und 50 % der Männer (N = 113) ($\text{Chi}^2 = 4.7$, $p < 0.05$). Es lassen sich keine alters- oder gewichtsgruppenspezifische Antworttendenzen nachweisen.

"Ich fühle mich nicht attraktiv, nicht interessant genug für das andere Geschlecht; man kann sagen, zu dick für Sex" bejahen etwa 64 % der Frauen (N = 258) und 68 % der Männer (N = 111). Alters- oder gewichtsgruppenspezifische Antworttendenzen lassen sich nicht nachweisen.

"Erst nachdem ich so dick geworden bin, haben meine sexuellen Kontakte abgenommen - mein Interesse an Sex dagegen hat nicht abgenommen!" bejahen etwa 51 % der 247 Frauen und 63 % der 101 Männer ($\text{Chi}^2 = 4.2$, $p < 0.05$). Es lassen sich keine alters- oder gewichtsgruppenspezifische Antworttendenzen nachweisen.

Von 55 Frauen, die "keine sexuellen Erfahrungen mit dem anderen Geschlecht" haben, geben 23 an, "die Suche schon aufgegeben zu haben". 32, "noch nach einem Partner zu suchen". Bei den Männern geben 38 an, noch keine sexuellen Erfahrungen mit dem anderen Geschlecht zu haben; 10 von ihnen haben "die Suche schon aufgegeben". Bei der Betrachtung der Altersverteilung der Frauen für diese Antworten ergibt sich annähernd eine Gleichverteilung: lediglich die Altersgruppe 6, die 41 bis 45 jährigen, ist bei der Antwort "ich suche noch einen Partner" unterrepräsentiert. Bei den Männern dagegen zeigt sich eine deutliche Häufung bei der Altersgruppe 2, 21 bis 25 Jahre, bei diesem State-

ment. Der prozentuale Anteil beträgt etwa 62 %, weitere 15 % der Zustimmungen werden von der Altersgruppe 1, bis 20 Jahre, gegeben. "Ich habe die Suche schon aufgegeben" wird bei den Männern ebenfalls überwiegend von den Altersgruppen 1 und 2 bejaht.

Um abschätzen zu können, ob in den Frauen- und Männer-Gruppen unterschiedlich häufig Personen ohne festen Partner vorkommen, werden die beiden Angaben zusammengefaßt. Dadurch ergibt sich:

(ohne Partner)	Frauen	Männer	
+	55	38	93
-	192	63	255
	247	101	348 $\chi^2 = 7.9, p < 0.01$

Da N nicht direkt ermittelt werden kann, wurden die Werte der letzten Frage für N eingesetzt. Der dadurch möglicherweise entstehende Fehler ist gering und kann vernachlässigt werden.

Beim Vergleich der Angaben von Frauen und Männern zur Feststellung "ich suche noch einen Partner" ergibt sich ein χ^2 von 9.95, der auf eine signifikant häufigere Bejahung durch die Männer-Gruppe hinweist.

"Ich war schon immer übergewichtig, habe aber sexuelle Kontakte nie gesucht: Ich befriedige meine sexuellen Wünsche auf andere Art" bejahen etwa 6 % der 235 Frauen und 13 % der 99 Männer ($\chi^2 = 3.3, p < 0.10$). Der Homogenitätstest über Alters- und Gewichtsgruppen ergibt keine statistisch bedeutsamen Unterschiede.

Der Behauptung "Prostitution, käufliche Liebe, ist für übergewichtige Männer wie Frauen oft die einzige Möglichkeit zu sexueller Befriedigung" stimmen 12 % von 239 Frauen und 45 % von

102 Männern zu ($\chi^2 = 44.9$, $p < 0.001$). Die Analyse der Verteilungen der Antworten nach Alters- und Gewichtsgruppen ergibt keine Hinweise auf gruppenspezifische Antworttendenzen.

"Schon oft oder jedesmal für Sex bezahlt zu haben" geben 1 % von 214 Frauen und 10 % der befragten Männer ($N = 96$) an. 26 % der Männer haben "manchmal" für Sex bezahlt; diese Antwortkategorie wird von den Frauen-Gruppen nicht gewählt. Etwa 99 % der Frauen und 64 % der Männer geben an "noch nie" für Sex Geld bezahlt zu haben. Die Analyse der Alters- und Gewichtsgruppen bringt keine Hinweise auf gruppenspezifische Antworttendenzen. Zur deutlicheren Markierung der Antworttendenzen durch die "männlich-weiblich" -Gruppen werden die Werte der Kategorien 1+4 und 2+3 zusammengefaßt. Es ergibt sich:

(1+4)	—	—	Frauen	Männer		—
	+		2	12		12
	—		212	91		303
	—		214	101		315
						$\chi^2 = 12.7$, $p < 0.001$

Männer geben also statistisch signifikant häufiger Zustimmung zu dieser Feststellung.

"Ich habe unter meinen Bekannten auch Homosexuelle" bejahen etwa 13 % der Frauen ($N = 222$) und 13 % der Männer ($N = 97$). Die Homogenitätsprüfung zeigt weder alters- noch gewichtsgruppenspezifische Antworttendenzen. 6 Frauen und 7 Männer geben sexuelle Kontakte mit Homosexuellen an.

"Ich habe mit anderen, sogenannten "Außenseibern" häufig gesellschaftliche, freundschaftliche Beziehungen" bejahen etwa 7 % von 218 Frauen und 9 % von 96 Männern. Bei der Betrachtung der Altersgruppen fällt auf, daß diese Antwort besonders häufig von Männern der Gruppe 2, 21 bis 25 Jahre beantwortet wird; die Antworttendenzen sind aber statistisch nicht bedeutsam. Bei den

Frauen-Gruppen ergeben sich keine Hinweise auf gruppenspezifische Antworttendenzen.

Zusammenfassende Beschreibung des sexuellen Bereichs

Bei dieser ersten Vorauswertung wurde zunächst das Augenmerk auf gruppenspezifische Abweichungen gelegt. Eine differenzierte Analyse, bei der - nachgewiesene - Einflußgrößen wie Schicht- und Berufsgruppen-Zugehörigkeiten, Intelligenz (262), oder Persönlichkeitsvariablen wie Extraversion oder Neurotizismus (73) berücksichtigt werden müßten, steht noch aus. Deshalb wäre der einfache Vergleich der hier gewonnenen Daten mit Normwerten nicht sehr informativ und kann nur grobe Anhaltspunkte liefern. Auf die Darstellung der Einzelergebnisse muß verzichtet werden, da dies alleine vom Umfang her nicht möglich ist: Es wurden 5 Gewichtsgruppen nach männlich-weiblich und 7 Altersstufen aufgeschlüsselt analysiert. Für jede dieser 70 Untergruppen wurde jedes Item des Fragebogens berechnet. Die folgenden Rechner-Ausdrucke sollen den Auswertungsmodus veranschaulichen. Daraus ist ersichtlich, welche Informationen hier gar nicht berücksichtigt werden. Aufgrund des erhobenen Datenpools sind Analysen mit Berücksichtigung möglicher Moderatorvariablen in großem Umfang möglich, hier jedoch, wegen des dazu nötigen Aufwandes, nicht realisierbar.

Adipöse Frauen scheinen häufiger ohne sexuelle Erfahrungen zu sein (etwa 43 % der 20 jährigen) als die "Durchschnitts-Frau". Suchen sie sexuelle Kontakte, so tun sie dies anscheinend im gleichen Alter wie Normalgewichtige. Auch fettsüchtige junge Männer scheinen häufiger als Normalgewichtige "keine sexuellen Kontakte" (20 % der 25 jährigen und 17 % der 26 bis 30 jährigen) zu haben. Zum Vergleich stehen die allerdings ziemlich alten Statistiken von A.C. KINSEY (156, S. 177) zur Verfügung, wonach dies einem Prozentsatz von weniger als 0.1 der US-Bevölkerung entspräche.

Die Einschätzung ihrer sexuellen Kontakte als "häufig", "durchschnittlich", oder "unterdurchschnittlich" erscheint von Männern und Frauen relativ realistisch, betrachtet man neuere Statistiken (2, S. 387). Wenn sie jedoch sexuelle Kontakte aufgenommen haben, so unterscheiden sie sich nicht signifikant von Normalgewichtigen was Anzahl und Häufigkeit betrifft. Adipöse Männer haben eine ausgeprägte Vorliebe für ältere Partnerinnen, nur sehr selten sind ihre Partnerinnen selbst übergewichtig. Etwa die Hälfte der Männer, deutlich mehr als Frauen, gibt an, Angst davor zu haben, sich in sexueller Hinsicht zu blamieren, zu versagen, und, vielleicht deshalb, nicht den richtigen Zugang zum anderen Geschlecht zu finden. Bei den Männern scheinen sich durch die Auswirkungen der Operation weniger Veränderungen als bei den Frauen zu ergeben.

Die Mehrzahl, etwa zwei Drittel der Adipösen fühlen sich nicht attraktiv genug, "zu dick für Sex". Es scheint jedoch eine Abnahme der Zustimmungshäufigkeiten mit der Gewichtsreduktion einherzugehen: Sowohl bei Frauen als auch bei Männern sind die prozentualen Anteile der Gruppe III, also der "leichtesten" Gruppe, am geringsten.

Zusammenfassend kann gesagt werden, daß etwa ein Drittel der Befragten sexuelle Probleme angeben, die sie im Zusammenhang mit ihrem Übergewicht sehen. Wenn auch die konkreten Probleme durch die Gewichtsreduktion in den Operierten-Gruppen nicht signifikant geringer werden, so scheinen doch Einstellungsbereiche verändert zu werden. In diese Richtung weist etwa die häufige Verneinung des Items "Ich fühle mich nicht attraktiv, nicht interessant genug für das andere Geschlecht..." durch die Gruppe III hin, also die Gruppe operierter Patienten mit einem maximalen Übergewicht von 20 %.

2. Ergebnisse der teil-normierten Fragebögen

2. 1 Ergebnisse und Interpretation der "syndromspezifischen Selbsteinschätzungs-Skalen

Die "syndromspezifischen Skalen" wurden von Psychologen, S. LEHRL und H. ERZIGKEIT, und Medizinern, L. BLAHA und T. GROBE, der Universitäts-Nervenklinik Erlangen, konstruiert, um Befinden und Stimmung psychiatrischer Patienten differenzierter erfassen zu können, als das bislang mit den "klassischen" klinischen Skalen möglich ist wie sie beispielsweise von HAMILTON, BECK, SUPPRIAN oder v. ZERSSEN, um nur einige zu nennen, konstruiert wurden. Die "syndromspezifischen Skalen" haben ihnen gegenüber den prinzipiellen Vorteil der ökonomischen Quantifizierung umschriebener Bereiche wie "allgemeine somatische Mißempfindungen", "vegetative Funktionsstörungen", "depressive Verstimmungen". In den Fragebogen ist auch eine Schmerz-Skala enthalten, mit ihr wird die allgemeine Schmerzintensität von den Qualitäten Oberflächen- und Tiefenschmerz unterschieden. Mit der Depressions-Skala sollen die Dimensionen "depressive Stimmung" und "Einschränkung der Expansivität" erfaßt werden.

Die Skalen wurden in die Testbatterie aufgenommen, weil es mir - besonders für die operierten Patienten - wichtig erschien diese Variablen zu prüfen. Normwerte liegen derzeit noch nicht für alle Skalen vor. Aus Gründen der Übersichtlichkeit sind die Kennwerte der einzelnen Skalen getrennt aufgeführt.

E D S

Die Erlanger-Depressions-Skala, EDS, (171) mißt "Selbstbeurteilte depressive Symptomatik", "Depressive Stimmung" und "Einschränkung der Expansivität" (171, S. 16). Normen für Normalpersonen und klinische Gruppen liegen vor.

R Gew.		R		R		R					
Männer		$\bar{X}_G$	$\bar{X}_I$		$\bar{X}_{II}$		N	S_G	S_I	S_{II}	
I	2	10.6	2	6.0	2	4.6	2 46	7.1	4.1	3.3	
II	1	11.9	1	6.1	1	5.2	1 17	6.5	3.6	3.7	
III	5	7.9	4	4.2	4	3.7	3 20	6.7	3.7	3.3	
IV	4	8.3	3	4.9	3	3.4	5 10	4.8	3.0	2.2	
V	3	7.5	5	4.0	5	3.5	4 12	8.3	4.7	4.0	
Gesamt		9.24	5.04		4.08		105				

R Gew.		R		R		R					
Frauen		$\bar{X}_G$	$\bar{X}_I$		$\bar{X}_{II}$		N	S_G	S_I	S_{II}	
I	2	14.2	1	7.9	1	6.2	1 110	7.5	4.2	3.9	
II	1	13.5	2	7.6	2	5.9	2 71	7.1	4.0	3.6	
III	5	9.1	5	4.5	5	4.6	3 8	5.3	3.2	2.8	
IV	4	9.6	4	5.7	4	3.9	5 22	6.5	4.4	2.7	
V	3	11.0	3	6.8	3	4.2	4 33	8.2	5.1	3.6	
Gesamt		11.48	6.50		4.96		244				

Tabelle 26

$\bar{X}_G$: Mittelwert "selbstbeurteilte depressive Symptomatik",
Gesamtwert.

$\bar{X}_I$: Mittelwert "depressive Stimmung".

$\bar{X}_{II}$: Mittelwert "Einschränkung der Expansivität".

R: Rangplatz.

N: Stichprobenumfang.

Gew.: Gewichtsguppen

Aus der Tabelle ist ersichtlich, daß bei Frauen und Männern die "Operierten-Gruppen", III bis V, deutlich geringere Werte erreichen, als die Gruppen I und II, deren Gesamt-Skores, entsprechend der Normentabelle, mit "Leichte depressive Symptomatik" verbalisiert werden könnte.

Zur Prüfung der Ähnlichkeit der Rangplätze wurden für die möglichen zwanzig Kombinationen die Rangkorrelationskoeffizienten nach SPEARMAN gerechnet. Die für seine Anwendung nötigen Voraussetzungen, stetige Verteilung der Merkmale, wobei keine Annahmen über die Verteilungsform eingehen, sind erfüllt (L. SACHS, 246, S. 308). Dabei ergeben sich insgesamt hohe Korrelationen, wobei die folgenden signifikant sind.

$$\begin{aligned} \text{Frauen-Matrix: } r_{s \text{ Gew, } \bar{X}_I} &= 0.90^{**} \\ r_{s \text{ Gew, } G} &= 0.90^{**} \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{MännerMatrix: } r_{s \text{ Gew, } G} &= 0.80^{*} \\ r_{s \text{ Gew, } I} &= 0.80^{*} \end{aligned}$$

$$\text{Männer-Frauen-Matrix: } r_{s \text{ II, II}} = 0.90^{**}$$

Bei den Frauen ergibt sich eine signifikante Korrelation ($p < 0.01$) zwischen den Rangreihen der Gewichtsgruppen mit dem Faktor I "Depressive Stimmung" und dem Gesamtwert der EDS. Diese Zusammenhänge zeigen sich auch bei den Männer-Gruppen, jedoch weniger deutlich - die Korrelationen von 0.80 sind auf dem 5 %-Niveau signifikant (L. SACHS, 246, S. 312). Beim Vergleich von Frauen- und Männer-Gruppen zeigt sich ein deutlicher Zusammenhang ($r_s = 0.90$) beim Faktor "II" Einschränkung der Expansivität" ($p < 0.01$).

Zusammenfassend ergeben sich bei der Untersuchung der Zusammenhänge EDS-Variablen mit Gewichtsgruppen insgesamt hohe Korrelationen. Besonders deutlich ist der Zusammenhang des Faktors I "Depressive Stimmung" mit den Gewichtsgruppen: Je höher das Durchschnittsgewicht der Untersuchungsgruppe, desto höher ist der durchschnittliche Wert, der "Depressive Stimmung" anzeigt.

Der Zusammenhang zwischen Gewichtsklassen und eingestufte(r) "Einschränkung der Expansivität" ist geringer (r_s etwa 0.6), bei Frauen- und Männer-Gruppen jedoch sehr ähnlich. Der Gesamtwert der Gruppen I und II kann als "Leichte depressive Symptomatik" interpretiert werden (S. LEHRL und A. GALLWITZ, 1971, S. 16), wobei die Vergleichsdaten von endogenen depressiven Patienten psychiatrischer Kliniken herangezogen wurden. Die Gesamtwerte der "Operierten-Gruppen" liegen - mit abnehmendem Durchschnittsgewicht deutlicher - unter diesen Werten, jedoch noch im Grenzbereich zwischen nicht nachweisbarer und leichter depressiver Symptomatik, der mit "fraglich" verbalisiert ist. Frauen erscheinen insgesamt depressiver als Männer. Auch die Werte des Faktors II, "Einschränkung der Expansivität", liegen durchwegs über dem Normalbereich; die Gruppenschnitte der Operierten liegen unter jenen der Gruppen I und II; Frauen erzielen in allen Variablen, höhere Werte als Männer; alle Werte liegen über den Normwerten, die an nichtklinischen Gruppen erhoben wurden.

S V F

Die Skala für vegetative Funktionsstörungen ist - wie die verbleibenden Syndromspezifischen Selbsteinschätzungs-Skalen - noch nicht normiert. Deshalb ist es zunächst nur möglich, die Gruppen untereinander zu vergleichen.

Rangreihe der Gewichtsgruppen:	2	1	5	4	3	-
Männer-Gruppen:	I	II	III	IV	V	Gesamt
$\bar{X}$	13.6	13.9	7.3	12.1	12.8	11.94
R	2	1	5	4	3	-
S	6.5	6.0	6.3	3.9	4.5	-
N	46	17	20	10	12	105
Frauen-Gruppen:	I	II	III	IV	V	Gesamt
$\bar{X}$	14.1	13.8	9.3	10.4	12.8	12.08
R	1	2	5	4	3	-
S	6.6	5.8	5.9	6.0	6.5	-
N	110	71	8	22	33	244

Tabelle 27

Die Rangkorrelationen der Gewichts- mit den SVF-Gruppenwerten sind hoch: Frauen-Gruppen: $r_s = 0.98$, Männer-Gruppen: $r_s = 1.0$, die Durchschnittswerte von Männern und Frauen sind etwa gleich - die der Frauen sind nur geringfügig erhöht. Die Werte der Operierten-Gruppen liegen bei Frauen und Männern unter jenen der nichtoperierten Gruppen.

S a s M

Ergebnisse der "Skala für allgemeine somatische Mißempfindungen":

Rangplatz der Gewichtsgruppen:	2	1	5	4	3	
Männer-Gruppen:	I	II	III	IV	V	Gesamt
$\bar{X}$	10.6	11.5	6.9	7.5	7.0	8.70
R	2	1	5	3	4	-
S	6.9	5.6	7.6	5.2	8.4	-
N	46	17	20	10	12	105
Frauen-Gruppen:	I	II	III	IV	V	Gesamt
$\bar{X}$	13.0	12.7	7.1	7.7	9.2	9.94
R	1	2	5	4	3	-
S	6.0	7.1	6.5	6.6	7.8	-
N	110	71	8	22	33	244

Tabelle 28

Frauen geben insgesamt etwas häufiger somatische Mißempfindungen an; bei Männer und Frauen liegen die Werte der Operierten-Stichproben deutlicher unter jenen der Gruppe I und II. In beiden Gruppen folgen die Rangreihen der Gewichtsgruppen beinahe vollständig jenen der SasM-Werte ($r_s = 0.98$ für Männer- und Frauen-Gruppen), das heißt, mit zunehmender, höherer, Gewichtsgruppe zeigt sich ein zunehmend erhöhter SasM-Wert ($p < 0.01$).

Die Syndromspezifischen Selbsteinschätzungs-Skalen enthalten noch zwei Fragebögen, einer erfaßt Schmerzangaben, der andere Befindensschwankungen im Verlauf des Tages.

In der Schmerzskala ergeben sich bei schmerzfreien Patienten Werte von Null. Bei unseren Untersuchungsgruppen zeigen sich höhere Werte, wobei die Gruppen I und II größer sind als jene der Operierten-Stichproben. Diese Befunde können nicht eindeutig interpretiert werden, deshalb soll auf eine differenzierte

Darstellung der Ergebnisse verzichtet werden. Bei der Instruktio-
 tion der Schmerz-Skala fehlt nämlich der Hinweis auf den zeit-
 lichen Bezug - sie ist für die klinische Praxis konstruiert wor-
 den, wo dies überflüssig ist. So kann nicht ausgeschlossen wer-
 den, daß die Operierten Patienten bei der Frage nach Schmerzen
 ihren postoperativen Zustand, Personen der Gruppen I und II bei-
 spielsweise ihre Schmerzempfindungen "im allgemeinen" beschrei-
 ben. Damit wird aber die Interpretation - wegen der ungeklärten
 Validität des Fragebogens - zur Spekulation. Der beobachtbare
 Sachverhalt, daß die OP-Gruppen niedrigere Werte als die nicht-
 OP-Gruppen erreichen, mag eher Ausdruck eines insgesamt verbes-
 serten Befindens oder einer herabgesetzten allgemeinen Klagsam-
 keit sein, was aber, wie gesagt, nur eine Spekulation ist.

Die Auswertung des "Tagesverlaufes" soll Auskunft über Befin-
 densschwankungen geben, die für einige klinische Diagnosen, z.B.
 die endogene Depression, von Bedeutung sind. Im folgenden sind
 die prozentualen Anteile der Beobachtungshäufigkeiten gruppen-
 weise zusammengestellt.

Das Befinden im Tagesverlauf wird beschrieben:

	Männer					Frauen				
	I	II	III	IV	V	I	II	III	IV	V
A	39	47	15	30	8	46	41	38	23	46
B	22	18	40	10	25	27	27	25	32	18
C	53	35	40	60	50	27	32	63	14	55
D	48	59	50	30	50	71	55	38	77	42
N	46	17	20	10	12	110	71	8	22	33

- A: Besonders morgens geht es mir schlechter als abends.
 B: Besonders abends geht es mir schlechter als morgens.
 C: Mein Befinden bleibt im Verlauf des Tages gleich.
 D: Mein Befinden schwankt mehrmals während des Tages.

Tabelle 29

Auch für diese Skala sind Normwerte noch nicht berechnet, noch offene Fragen, die die Validität betreffen, lassen es ratsam erscheinen, diese Daten erst nach abgeschlossener Normierung und Prüfung zu interpretieren. Ein Vergleich der Rangwerte der prozentualen Häufigkeiten soll hier genügen:

	Männer					Frauen				
	I	II	III	IV	V	I	II	III	IV	V
A	2	1	4	3	5	1.5	3	4	5	1.5
B	3	4	1	5	2	2.5	2.5	4	1	5
C	2	5	4	1	3	4	3	1	5	2
D	4	1	2.5	5	2.5	2	3	5	1	4
Gew.	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3

Gew.: Rangreihe der Gewichts-Gruppen.

Tabelle 30

Zur Prüfung des Zusammenhanges zwischen Häufigkeiten der erfaßten Befindensschwankungen und Gewichtsgruppen wurden Rangkorrelationen gerechnet. Dabei ergeben sich keine statistisch bedeutsamen Zusammenhänge. Lediglich die Korrelation

$$r_{s_{\text{Gew, A}}} = 0.70 \text{ (Männer-Gruppen) und}$$

$$r_{s_{\text{Gew, A}}} = 0.68 \text{ (Frauen-Gruppen)}$$

weisen auf einen tendenziellen Zusammenhang ($p < 0.10$) zwischen morgendlich schlechterem Befinden und relativem Übergewicht hin; ein Befund, der für Patienten mit Depressionen geradezu kennzeichnend ist.

2. 2 Ergebnisse der Fragebögen Adip 1 - 3

Für die von G. LÖHR, Psychologisches Institut I der Universität Erlangen-Nürnberg, entwickelten Fragebögen Adip 1, 2 und 3 bestehen derzeit noch keine Normwerte. Es muß sich also zunächst auf die Darstellung der Ergebnisse beschränkt werden. Um die umfangreichen Daten, die über den Rechner tabelliert wurden, übersichtlicher zu machen, sollen hier nur die wichtigsten Werte genannt werden.

Adip 1: Nach vorläufigen Analysen (mündliche Mitteilung von G. LÖHR) erscheint der Fragebogen Adip 1 acht unabhängige Faktoren zu erfassen, die aus den folgenden Items bestehen; die Statements des Fragebogens Adip 1 sind dazu durchnummerieren:

Faktor 1: Item Nr.: 14, 16, 17, 18, 23 und 27

2: : 11, 13, 15 und 21

3: : 12, 20, 25 und 29

4: : 19, 22, 24, 26, 28 und 30

5: : 10

6: : 31, 34, 36 und 40

7: : 32, 35 und 37

8: : 33, 38 und 39

Für die einzelnen Gruppen ergeben sich folgende Faktorenmittelwerte:

Faktor	Gruppen									
	Frauen					Männer				
	I	II	III	IV	V	I	II	III	IV	V
1	6.5	4.8	4.9	5.6	5.6	7.1	5.4	5.6	4.8	5.1
2	2.0	5.6	3.2	4.0	4.5	2.7	6.0	4.2	4.0	4.5
3	4.0	4.0	3.8	3.9	4.2	3.8	4.2	3.8	3.5	3.2
4	6.1	5.6	5.7	5.8	5.7	7.6	4.2	6.3	5.1	5.0
5	0.9	6.2	0.8	1.2	1.1	0.8	1.3	1.0	1.0	0.8
6	2.3	5.6	3.8	4.6	4.3	2.4	5.6	4.0	4.7	3.8
7	1.5	4.4	2.9	3.4	3.4	1.3	4.4	3.7	3.3	3.8
8	1.1	4.9	3.5	3.4	3.0	1.7	4.5	2.9	3.8	3.4
N	110	81	12	27	46	47	21	26	26	12

Tabelle 31

Die Weiterverrechnung und Interpretation dieser Daten muß aufgeschoben werden, bis Normdaten von G. LÖHR erstellt sind.

Im Adip 2 geben die Befragten über 23 unabhängige bipolare Dimensionen eine Beschreibung ihrer Mutter; formal entspricht der Aufbau der Skalen dem des GIESSEN-Tests. Auch für diesen Fragebogen sind Normprofile noch nicht gerechnet; die hier erhobenen Daten sollen dazu beitragen. Im folgenden werden Mittelwerte und Varianzen der Skalen tabelliert dargestellt um zu einem späteren Zeitpunkt eine inhaltliche Interpretation im Vergleich zu anderen Stichproben zu ermöglichen.

ADIP2-M GRUPE I
ANZAHL DER DATENSAETZE 49

S-SUM	XQUER	S**2	ST. AB.
133	2.0	7.0	
191	3.0	10.0	
104	2.0	2.0	
216	4.0	8.0	
163	3.0	4.0	
290	6.0	1.0	
240	5.0	2.0	
213	4.0	6.0	
121	2.0	3.0	
199	4.0	4.0	
165	3.0	6.0	
232	4.0	9.0	
172	3.0	6.0	
266	5.0	7.0	
134	2.0	5.0	
191	3.0	9.0	
167	3.0	5.0	
215	4.0	6.0	
179	3.0	7.0	
199	4.0	4.0	
167	3.0	4.0	
246	5.0	3.0	
170	3.0	6.0	

ADIP2-M GRUPE II
ANZAHL DER DATENSAETZE 25

S-SUM	XQUER	S**2	ST. AB.
88	3.0	7.0	
106	4.0	6.0	
64	2.0	4.0	
102	4.0	4.0	
84	3.0	3.0	
144	5.0	10.0	
122	5.0	3.0	
103	4.0	6.0	
63	2.0	4.0	
108	4.0	8.0	
89	3.0	7.0	
121	5.0	2.0	
88	3.0	7.0	
128	5.0	6.0	
76	3.0	4.0	
89	3.0	7.0	
89	3.0	9.0	
114	4.0	9.0	
91	3.0	8.0	
107	4.0	7.0	
88	3.0	6.0	
112	4.0	9.0	
80	3.0	4.0	

ADIP2-M GRUPE III
ANZAHL DER DATENSAETZE 2

S-SUM	XQUER	S**2	ST. AB.
71	3.0	6.0	
79	3.0	10.0	
45	2.0	3.0	
80	4.0	5.0	
73	3.0	6.0	
114	5.0	9.0	
89	4.0	7.0	
90	4.0	8.0	
46	2.0	3.0	
92	4.0	8.0	
76	3.0	6.0	
97	4.0	11.0	
74	3.0	8.0	
104	5.0	5.0	
63	3.0	3.0	
78	3.0	10.0	
66	3.0	4.0	
96	4.0	10.0	
77	3.0	9.0	
78	3.0	10.0	
66	3.0	4.0	
95	4.0	9.0	
58	2.0	6.0	

ADIP2-M GRUPE IV
ANZAHL DER DATENSAETZE 16

S-SUM	XQUER	S**2	ST. AB.
48	3.0	2.0	
44	2.0	5.0	
27	1.0	4.0	
62	3.0	10.0	
49	3.0	1.0	
102	6.0	5.0	
64	4.0	4.0	
77	4.0	9.0	
40	2.0	2.0	
77	4.0	11.0	
52	3.0	5.0	
79	4.0	11.0	
54	3.0	5.0	
93	5.0	10.0	
46	2.0	6.0	
58	3.0	7.0	
57	3.0	5.0	
93	5.0	10.0	
51	3.0	4.0	
72	4.0	6.0	
47	2.0	7.0	
88	5.0	7.0	
47	2.0	6.0	

ADIP2-M GRUPPE I
ANZAHL DER DATENSAETZE 13

S-SUM	XQUER	S**2	ST.AB
36	2.0	7.0	
50	3.0	10.0	
22	1.0	3.0	
57	4.0	7.0	
35	2.0	5.0	
82	6.0	4.0	
43	3.0	5.0	
58	4.0	7.0	
37	2.0	5.0	
46	3.0	8.0	
42	3.0	4.0	
63	4.0	9.0	
45	3.0	5.0	
75	5.0	11.0	
39	3.0	1.0	
51	3.0	9.0	
51	3.0	8.0	
63	4.0	9.0	
42	3.0	3.0	
50	3.0	8.0	
47	3.0	6.0	
69	5.0	4.0	
55	4.0	4.0	

ADIP2-W GRUPPE I
ANZAHL DER DATENSAETZE 111

S-SUM	XQUER	S**2	ST.AB
320	2.0	8.0	
448	4.0	4.0	
296	2.0	6.0	
515	4.0	9.0	
375	3.0	5.0	
618	5.0	10.0	
523	4.0	10.0	
471	4.0	6.0	
281	2.0	4.0	
405	3.0	9.0	
371	3.0	6.0	
497	4.0	8.0	
404	3.0	7.0	
535	4.0	11.0	
295	2.0	5.0	
431	3.0	10.0	
408	3.0	7.0	
461	4.0	5.0	
431	3.0	10.0	
476	4.0	6.0	
343	3.0	3.0	
533	4.0	11.0	
361	3.0	4.0	

ADIP2-W GRUPPE II
ANZAHL DER DATENSAETZE 80

S-SUM	XQUER	S**2	ST.AB
217	2.0	8.0	
276	3.0	9.0	
186	2.0	4.0	
329	4.0	7.0	
256	3.0	5.0	
427	5.0	10.0	
345	4.0	9.0	
330	4.0	6.0	
212	2.0	5.0	
327	4.0	6.0	
230	3.0	3.0	
338	4.0	7.0	
273	3.0	7.0	
397	5.0	6.0	
200	2.0	5.0	
301	4.0	3.0	
255	3.0	5.0	
316	4.0	5.0	
253	3.0	6.0	
296	4.0	4.0	
225	3.0	4.0	
377	5.0	3.0	
265	3.0	6.0	

ADIP2-W GRUPPE III
ANZAHL DER DATENSAETZE 12

S-SUM	XQUER	S**2	ST.AB
34	2.0	7.0	
51	4.0	3.0	
22	1.0	4.0	
57	4.0	8.0	
33	2.0	5.0	
71	5.0	11.0	
58	4.0	10.0	
57	4.0	6.0	
29	2.0	4.0	
43	3.0	5.0	
48	4.0	2.0	
57	4.0	7.0	
50	4.0	3.0	
67	5.0	7.0	
32	2.0	5.0	
46	4.0	4.0	
39	3.0	4.0	
52	4.0	6.0	
46	3.0	7.0	
55	4.0	6.0	
38	3.0	2.0	
66	5.0	6.0	
36	3.0	1.0	

ADIP2-W GRUPPE IV
ANZAHL DER DATENSÄTZE 27

ANZAHL DER DATENSÄTZE 45
ADIP 2-W GRUPPE V

S-SUM	XQUEK	S**2	ST.-B.	S-SUM	XQUEK	S**2	ST.-B.
74	2.0	6.0		118	2.0	5.0	
94	3.0	6.0		165	3.0	6.0	
81	3.0	2.0		111	2.0	4.0	
98	3.0	7.0		194	4.0	6.0	
105	3.0	9.0		148	3.0	5.0	
123	4.0	10.0		273	6.0	3.0	
131	4.0	11.0		202	4.0	8.0	
103	3.0	9.0		192	4.0	5.0	
78	3.0	1.0		128	2.0	6.0	
115	4.0	5.0		180	4.0	5.0	
108	4.0	4.0		176	3.0	10.0	
104	3.0	9.0		219	4.0	10.0	
113	4.0	4.0		162	3.0	7.0	
117	4.0	6.0		225	5.0	4.0	
83	3.0	3.0		117	2.0	4.0	
92	3.0	4.0		177	3.0	9.0	
104	3.0	8.0		167	3.0	7.0	
109	4.0	3.0		225	5.0	2.0	
115	4.0	4.0		160	3.0	6.0	
111	4.0	3.0		191	4.0	6.0	
93	3.0	5.0		125	2.0	5.0	
126	4.0	8.0		224	5.0	4.0	
112	4.0	3.0		145	3.0	4.0	

Tabelle 32

Adip 3 erfaßt die Erziehungsziele der Eltern in der Reihenfolge ihrer Wichtigkeit. Entsprechend der Fragebögen Adip 1 und 2 sollen hierzu nur die Ergebnismatrizen dargestellt werden, um die Daten einer - nach erstellten Normwerten - späteren Interpretation zugänglich zu machen.

ADIF3-w GRUPPE 1
ANZAHL DER DATENSATZTE 43

MUTTER-MATRIX

10	4	1	10	0	3	3	0	1	2	6	3	5	1
8	4	4	7	0	2	2	1	5	0	4	1	1	3
2	2	3	4	4	2	3	2	1	3	5	8	2	0
2	0	2	3	0	7	2	5	8	3	1	3	5	0
1	1	5	3	3	3	3	4	6	5	0	2	3	2
2	3	1	5	2	4	0	4	5	3	6	3	3	0
5	2	0	2	2	3	2	1	2	5	4	3	3	6
1	6	4	1	3	4	1	2	2	3	0	4	5	4
3	3	6	2	5	1	1	2	3	3	5	0	4	3
1	6	2	0	3	5	2	2	1	3	4	7	1	3
1	3	4	1	3	3	5	4	1	1	1	2	3	7
0	3	2	1	4	1	6	7	3	3	2	2	2	4
1	1	3	1	4	2	6	4	3	4	2	2	1	5
7	4	6	2	10	3	8	5	2	5	3	3	5	10

VATER-MATRIX

15	5	2	5	1	0	3	1	1	1	3	3	3	2
10	6	1	8	1	1	2	1	2	1	3	1	0	1
0	1	1	8	2	7	1	2	0	1	5	5	4	0
4	2	3	1	3	4	1	2	3	3	0	3	5	3
4	6	4	0	0	1	2	2	7	1	2	1	4	2
0	3	3	3	0	1	1	7	3	5	3	3	2	1
1	2	3	1	0	2	2	2	5	3	3	9	1	1
1	0	0	5	1	4	0	3	4	2	3	2	5	5
1	1	2	1	6	3	1	3	3	4	1	1	3	5
0	4	2	1	2	3	4	1	2	4	6	1	1	4
0	2	2	3	2	5	1	6	1	1	2	3	1	5
0	3	5	0	4	2	3	1	4	3	1	3	2	4
0	0	1	0	6	2	10	2	1	5	3	0	4	1
10	8	14	7	15	8	12	10	7	9	8	8	8	2

ADIF3-w GRUPPE 1
ANZAHL DER DATENSATZTE 99

MUTTER-MATRIX

17	7	1	27	2	7	1	1	1	3	12	11	2	1
13	13	5	6	4	8	3	4	12	3	6	19	7	2
7	3	9	8	7	6	5	5	11	10	13	5	8	2
6	5	6	14	6	7	3	2	10	6	7	9	6	3
5	10	7	5	2	8	2	6	12	8	8	5	9	4
4	4	7	8	4	10	4	2	12	7	9	7	7	2
6	3	2	6	9	7	5	9	9	6	5	9	2	9
5	6	4	7	9	7	4	5	6	6	6	8	11	7
3	8	6	2	12	5	8	9	9	8	3	6	5	4
8	10	8	1	6	4	5	8	1	7	9	1	9	18
8	4	5	3	9	6	3	12	2	5	4	7	6	14
7	4	8	3	6	6	8	13	3	8	3	4	6	10
1	10	8	1	6	3	19	10	2	9	5	0	8	5
9	12	23	8	16	14	29	13	9	13	9	8	13	29

VATER-MATRIX

40	3	2	5	4	4	1	1	4	2	7	8	0	1
6	19	4	4	3	2	6	1	5	0	1	12	17	2
3	10	6	9	5	5	3	2	6	7	14	8	9	1
4	1	1	10	8	11	2	5	9	5	9	8	6	2
2	7	3	8	8	8	4	6	10	7	5	5	5	6
0	6	6	6	3	3	9	5	9	8	6	4	10	3
6	5	2	5	3	2	3	10	8	4	7	3	7	13
3	5	10	6	2	6	0	10	6	6	7	8	2	6
4	1	5	7	7	10	8	5	9	2	5	6	6	4
4	9	5	5	7	9	7	9	9	3	4	5	1	9
1	6	7	4	9	7	6	6	2	11	4	3	5	6
4	4	9	6	5	3	7	11	2	5	6	6	3	10
4	2	11	3	10	7	5	6	1	15	4	1	6	3
18	21	28	21	24	22	34	22	20	24	20	22	22	15

ADIF3-M GRUPPE II
ANZAHL DER DATENSATZTE 17

MUTTER-MATRIX

6	1	2	7	3	2	1	0	3	3	3	5	1	4
1	3	2	1	1	4	0	1	0	0	2	2	3	0
0	2	0	3	1	2	1	0	1	2	2	0	0	0
2	1	2	0	0	1	3	0	1	2	1	0	1	0
1	0	0	0	0	1	1	2	5	1	1	1	2	2
2	1	1	1	0	1	3	1	0	0	3	0	1	2
0	1	0	0	1	1	1	0	3	1	0	4	3	1
0	1	0	0	1	1	1	2	1	1	0	1	1	2
1	0	0	2	3	0	0	2	2	0	1	0	1	0
0	1	2	1	2	1	1	1	0	2	0	1	0	1
0	1	3	0	0	0	2	1	0	2	2	1	0	0
1	0	1	1	1	2	1	1	0	0	0	1	0	0
0	2	0	0	1	0	1	4	0	1	1	0	2	0
3	2	4	1	3	2	5	1	1	2	1	2	1	5

VATER-MATRIX

7	4	0	3	1	3	1	1	1	1	2	1	2	1
4	3	2	2	1	0	2	3	0	1	0	0	2	0
0	0	2	0	0	0	0	2	2	0	2	1	2	0
0	0	2	2	1	0	0	0	0	2	2	1	1	1
0	2	1	3	1	2	0	1	2	0	1	1	1	1
1	2	0	0	1	1	2	1	2	0	0	1	1	0
1	0	1	0	0	1	1	0	3	1	1	1	3	1
0	0	2	0	1	1	1	3	0	1	1	1	0	1
0	1	0	1	0	2	0	1	1	1	2	1	0	1
1	0	2	0	0	0	3	0	0	1	0	2	1	0
0	0	0	1	1	1	0	1	1	0	0	2	1	2
0	1	0	0	3	0	0	0	0	2	2	1	0	1
0	0	0	1	1	0	3	1	1	2	0	0	0	1
3	5	5	4	6	5	4	4	4	5	4	3	4	3

ADIF3-M GRUPPE II
ANZAHL DER DATENSATZTE 74

MUTTER-MATRIX

13	5	4	21	3	8	0	1	3	4	17	7	4	1
4	9	3	13	1	6	3	3	5	6	4	12	3	3
8	1	6	7	3	7	2	6	10	2	7	6	9	2
7	5	1	6	6	8	3	3	6	2	7	5	4	3
3	4	1	6	3	14	3	3	6	4	2	9	2	2
2	3	2	2	8	3	5	1	8	6	11	6	7	2
8	2	4	2	4	5	5	1	1	10	2	6	5	5
1	10	4	2	8	4	2	7	10	2	3	4	2	6
1	4	6	2	3	4	2	5	8	7	3	2	3	10
3	5	7	2	6	2	3	7	3	8	4	3	5	5
4	2	5	3	6	3	5	8	4	6	3	3	4	1
4	5	4	0	7	1	10	8	3	2	3	2	4	8
4	3	8	0	6	1	5	11	0	3	0	2	8	7
10	17	18	8	9	9	26	9	0	10	8	8	15	30

VATER-MATRIX

10	11	0	8	2	5	3	2	5	2	11	3	8	2
11	6	3	5	0	7	4	5	2	4	5	5	6	1
2	9	4	7	2	6	3	3	4	1	6	5	3	3
7	1	7	10	2	0	6	0	3	2	4	5	3	1
4	6	3	3	6	4	0	5	2	3	2	6	1	5
3	3	3	5	2	9	3	6	6	4	5	4	5	3
1	3	2	3	3	5	4	2	6	5	2	6	5	1
1	1	3	5	7	4	2	6	5	2	3	3	4	7
1	3	1	1	2	3	2	2	8	6	3	4	4	8
1	1	6	4	8	2	4	3	4	9	4	2	4	3
1	1	2	1	6	3	3	8	4	4	4	6	2	4
2	2	7	2	5	3	2	3	5	8	2	3	2	2
0	4	5	0	7	4	8	4	1	5	2	0	4	3
20	24	27	20	21	20	20	20	21	21	22	23	11	

ADIF3-W GRUPE III
ANZAHL DER DATENSATZTE 21

MUTTER-MATRIX

3	3	0	5	1	0	1	1	0	0	2	2	0	0
4	1	0	4	0	3	1	0	1	0	2	1	2	0
1	0	2	2	2	0	0	0	3	0	4	1	2	0
1	1	1	1	1	2	0	2	1	2	1	3	2	1
1	1	3	1	0	1	0	0	2	2	2	3	2	0
0	2	0	2	1	0	0	3	1	3	2	1	2	1
1	1	0	1	2	1	0	1	1	2	2	2	2	1
1	1	3	0	0	2	1	1	3	2	0	2	2	1
0	1	0	0	5	0	1	3	2	2	1	0	1	3
2	2	2	1	1	2	2	0	0	1	0	1	1	3
1	1	4	0	1	2	0	2	2	1	1	1	0	1
2	3	1	0	0	1	2	3	0	1	2	0	2	1
1	1	1	0	0	1	4	3	0	0	1	0	0	4
3	3	4	3	7	4	9	2	2	5	2	3	3	6

VATER-MATRIX

3	3	0	1	0	2	1	0	0	0	2	1	1	0
2	4	1	2	2	0	0	1	2	0	0	2	3	1
1	3	1	1	0	0	0	1	1	0	2	1	1	2
0	0	2	1	1	1	1	6	2	0	3	2	0	0
0	1	0	4	1	1	0	3	1	4	0	3	0	1
0	1	2	1	1	0	1	0	1	0	1	3	2	2
1	1	3	2	0	1	0	0	2	1	3	0	3	0
0	0	2	2	3	2	1	0	3	1	1	0	1	1
1	1	1	1	2	2	3	0	1	1	1	1	1	2
1	0	2	2	2	1	0	2	1	0	0	2	0	2
0	0	2	0	1	0	2	2	1	2	1	1	0	4
2	1	0	0	0	2	2	1	0	4	0	1	2	0
0	2	0	0	1	2	0	1	2	3	2	0	0	1
5	4	5	4	7	7	10	4	4	5	5	4	5	1

ADIF3-W GRUPE III
ANZAHL DER DATENSATZTE 10

MUTTER-MATRIX

1	3	1	1	1	2	0	0	0	0	0	0	0	1
2	0	1	2	1	0	1	1	1	0	0	1	0	0
2	0	1	0	0	0	0	0	4	0	0	1	2	0
0	2	0	3	0	0	0	0	1	0	3	1	0	0
1	0	0	0	1	0	0	1	0	1	2	4	0	0
0	1	1	0	0	2	1	1	0	0	0	1	1	2
1	1	1	1	0	0	0	0	1	2	1	0	1	1
1	0	0	0	0	2	0	2	1	1	0	0	3	0
0	1	1	0	2	2	0	1	0	0	0	0	1	2
0	0	0	1	2	1	0	2	1	0	0	1	1	1
0	1	1	0	0	0	0	2	0	3	1	1	0	1
2	0	1	1	0	1	4	0	0	1	0	0	0	0
0	0	1	0	2	0	0	0	1	2	2	0	1	1
0	1	1	1	1	1	0	4	0	0	0	1	0	2

VATER-MATRIX

4	1	4	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0
1	0	1	0	1	1	0	1	2	1	0	0	0	1
0	2	0	1	0	1	0	1	0	0	2	1	1	0
0	2	0	1	0	2	1	0	1	0	0	1	1	0
0	0	2	1	0	1	0	1	1	0	2	0	1	0
0	0	1	2	0	0	0	1	1	0	1	2	0	1
1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	0
0	0	1	2	0	0	0	2	1	0	1	0	2	0
0	1	0	0	1	0	0	0	1	1	1	2	2	0
1	0	0	0	1	1	0	0	0	3	0	0	0	3
0	0	1	0	1	1	3	0	0	2	0	0	0	1
1	2	0	0	1	1	0	1	1	1	0	0	0	1
0	0	2	0	0	0	2	0	1	0	0	2	1	1
2	1	1	1	4	1	3	2	1	1	1	1	2	1

ADIP3-W GRUPPE IV
ANZAHL DER DATENSÄTZE 13

MÜTTER-MATRIX

2	2	1	3	1	0	0	0	1	2	3	2	0	0
3	2	0	3	0	0	0	0	0	0	1	3	1	1
2	0	1	3	1	2	1	1	2	1	1	0	1	0
0	1	0	1	1	2	0	0	0	1	2	1	0	1
1	1	1	1	1	2	1	0	0	0	0	0	2	1
3	0	4	0	0	2	0	1	1	0	0	0	1	0
0	2	1	1	3	0	1	0	1	2	2	0	0	1
0	1	1	0	1	1	1	1	2	1	1	1	0	1
0	0	2	0	1	2	0	1	1	1	1	1	2	0
1	0	1	1	2	0	2	3	1	0	0	1	0	0
0	1	1	0	0	1	0	1	0	1	1	0	4	2
0	0	0	0	1	0	0	3	1	1	1	1	1	3
1	3	0	0	0	1	0	0	1	0	1	2	3	0
0	0	0	1	0	0	6	1	0	1	1	0	1	4

VÄTER-MATRIX

4	5	2	1	0	2	1	1	0	0	1	1	0	0
3	0	0	4	0	0	0	1	2	0	0	0	1	0
0	0	0	1	1	2	0	0	0	0	2	3	2	0
1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2
1	1	1	2	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	2	0	1	0	1	1	1	0	1	0	0	1
0	0	1	0	2	1	1	1	1	1	0	0	0	1
0	2	0	0	3	0	0	0	1	2	0	0	1	0
0	0	0	0	0	2	0	1	2	1	2	1	0	0
0	0	1	1	1	0	0	2	1	0	0	2	1	0
0	0	2	0	0	0	0	0	0	3	2	0	0	2
0	0	0	0	1	0	2	1	1	0	1	0	2	1
0	0	0	0	0	0	1	2	1	0	0	0	3	2
3	3	4	4	3	4	7	3	3	3	3	4	3	1

ADIP3-W GRUPPE IV
ANZAHL DER DATENSÄTZE 21

MÜTTER-MATRIX

4	5	0	6	2	2	1	1	2	1	2	3	1	1
3	3	1	4	1	2	0	1	1	0	0	2	2	1
1	1	1	4	1	0	2	1	3	1	2	1	1	0
2	1	1	2	2	3	1	1	1	1	3	1	0	0
0	0	3	1	0	3	1	3	2	1	0	0	0	2
5	1	1	0	1	2	0	0	5	2	0	0	0	1
1	4	0	1	2	0	1	1	1	2	4	1	1	0
0	1	1	1	0	1	3	2	2	1	4	2	1	0
2	0	2	0	2	3	0	2	1	1	1	0	2	3
1	2	3	1	2	0	1	3	0	1	0	1	2	2
0	1	3	0	3	0	3	0	1	1	2	2	1	2
1	1	1	0	2	1	1	1	0	2	0	4	4	1
0	0	1	0	0	2	2	3	0	4	1	1	1	4
0	0	2	0	2	1	4	1	1	2	1	1	1	5

VÄTER-MATRIX

0	3	0	1	1	1	1	2	4	1	3	2	1	1
4	3	1	1	2	1	0	1	1	0	0	0	4	1
1	1	0	2	0	4	0	0	0	1	4	2	1	1
0	4	1	4	1	0	0	0	3	2	1	0	1	0
2	1	2	1	2	2	1	2	1	1	1	2	0	0
1	4	2	0	0	0	0	2	1	1	1	2	1	1
0	3	2	3	1	0	1	0	1	1	1	2	1	1
1	0	0	1	2	2	1	1	0	1	3	1	3	1
0	0	1	3	0	4	1	1	2	1	0	1	2	1
0	0	0	1	1	2	4	2	0	2	1	2	2	0
0	0	0	0	2	0	3	2	0	0	1	2	0	7
1	0	2	1	1	1	1	0	3	4	1	0	2	0
0	0	4	0	2	1	1	5	1	1	1	1	0	1
2	2	5	2	5	3	6	2	2	4	2	3	2	3

ADJ3- GRUPPE
ANZAHL DER DATENSÄTZE 1

MUTTER-MATRIX

6	1	0	3	0	1	0	0	2	1	2	1	1	0
2	2	1	4	1	3	1	1	0	0	0	2	1	1
2	1	0	2	1	1	0	0	3	1	0	0	0	0
1	1	0	0	2	0	0	0	2	1	2	1	1	0
1	1	0	0	1	1	3	0	0	0	2	1	0	0
0	0	0	2	1	1	0	0	2	2	0	3	0	0
1	1	2	0	1	0	0	0	0	0	3	3	0	1
0	3	0	1	1	1	0	0	0	1	1	1	2	1
0	2	2	0	0	0	2	3	2	0	0	0	0	0
0	1	4	0	0	0	1	3	0	0	1	0	1	1
0	0	0	0	1	0	1	1	0	1	0	2	4	1
0	0	1	1	1	0	0	1	0	0	2	1	1	3
0	3	0	0	4	0	3	2	0	0	0	0	0	2
0	1	2	0	0	1	4	0	0	0	0	0	1	5

VATER-MATRIX

0	1	1	1	0	1	3	0	0	1	1	1	0	0
0	7	0	0	1	1	1	1	3	0	0	0	1	1
1	0	1	2	1	0	0	1	0	1	0	0	1	0
0	0	0	0	2	0	0	0	2	1	2	0	0	0
0	0	0	0	0	2	0	0	0	1	1	2	0	1
0	1	0	1	0	0	1	1	2	0	0	0	2	0
0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	0	1	1
0	0	0	2	1	0	0	0	0	1	1	2	0	1
0	0	3	0	0	1	1	0	0	1	1	0	1	0
0	0	1	0	0	2	1	1	1	0	0	1	0	1
0	0	0	0	0	0	1	2	0	1	1	1	1	1
0	0	0	0	1	1	1	0	1	0	1	1	2	0
0	0	2	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	2
3	3	4	3	5	3	6	4	3	3	3	3	3	1

ADJ3- GRUPPE
ANZAHL DER DATENSÄTZE 4

MUTTER-MATRIX

7	5	0	10	0	5	2	0	0	1	3	5	1	0
4	2	0	6	3	4	0	1	3	4	3	4	1	2
3	6	1	5	3	2	0	1	4	5	4	2	1	1
2	2	1	6	5	3	2	1	4	3	5	3	0	1
3	4	2	4	2	2	2	3	4	2	3	3	0	0
4	3	4	2	2	3	1	2	4	4	0	5	2	2
3	3	2	1	4	3	1	1	3	3	7	1	3	4
2	2	4	1	7	2	1	4	2	2	4	4	1	2
1	2	3	0	1	0	1	2	2	4	2	1	7	4
2	2	5	2	2	4	3	3	2	1	1	4	4	4
1	0	3	0	5	1	6	2	4	2	0	1	4	9
3	4	4	0	1	1	1	9	1	4	3	2	3	2
2	3	3	1	2	1	6	6	3	2	3	1	1	4
4	2	8	2	3	3	13	5	3	3	2	3	8	13

VATER-MATRIX

12	6	0	0	0	1	2	1	0	0	3	4	2	0
5	3	2	0	2	5	0	2	0	0	2	6	2	1
1	5	4	3	2	1	0	1	1	2	4	1	4	1
3	0	2	4	1	3	0	1	2	2	4	4	3	2
0	0	0	5	1	5	3	3	2	2	2	2	5	0
3	3	0	0	5	0	2	1	4	3	2	4	1	3
1	1	1	0	2	3	1	3	4	1	1	2	1	4
0	0	4	3	2	3	2	7	1	2	2	1	1	2
1	3	1	2	0	2	3	1	6	4	1	1	2	2
2	2	1	3	4	1	2	2	4	3	3	1	1	3
0	2	3	3	2	3	1	3	4	0	2	1	2	3
3	3	3	0	2	0	3	3	1	3	1	3	2	2
0	1	7	2	3	2	1	2	1	3	3	0	1	5
10	13	12	11	14	11	10	10	15	10	10	13	2	

2.3 Die LZ-Skalen

Die Darstellung der LZ-Skala-Ergebnisse soll sich auf folgende Kennwerte pro Untergruppe beschränken: Anzahl der Patienten pro Untergruppe (N), Mittelwert der Gruppe bezogen auf die Gesamtskala und die Mittelwerte der Faktoren I bis III. Der erste Faktor wird mit "positive Tönung des Selbstbildes", der zweite mit "optimistische Einschätzung der Zukunft und Stimmung", der dritte schließlich mit "Ausmaß der Freude, die man an alltäglichen Beschäftigungen findet" verbalisiert. Normwerte liegen derzeit nur für den Gesamtskore vor.

Gruppe	$\bar{X}$ Rang			$\bar{X}$ Rang		$\bar{X}$ Rang		$\bar{X}$ Rang	
	N	Gesamt		Faktor I		Faktor II		Faktor III	
Frauen:									
I	114	13.2	4	3.5	4	5.8	4	3.9	4
II	78	11.4	5	2.9	5	5.2	5	3.3	5
III	13	18.4	1	4.6	1	8.6	1	5.2	1
IV	26	15.2	2	3.9	2	6.7	2.5	4.6	2
V	46	14.7	3	3.8	3	6.7	2.5	4.3	3
Männer:									
I	50	13.5	4	3.5	4	6.0	4.5	4.0	4
II	20	12.3	5	2.9	5	6.0	4.5	3.4	5
III	25	16.0	1.5	4.1	3	7.2	2.5	4.8	1
IV	16	16.8	1.5	4.4	1	7.8	1	4.6	2
V	13	15.8	3	4.2	2	7.2	2.5	4.4	3

Tabelle 34

Die arithmetischen Mittelwerte wurden berechnet, um einen ungefähren Vergleich mit den von G. LÖHR und A. WALTER (177) erhobenen Normwerten zu ermöglichen. Da weder für die Eichstichproben noch für die Untersuchungsstichproben Berechnungen vorliegen, die eine Normalverteilung annehmen lassen, sind parametrische Unterschiedsanalysen nicht gerechtfertigt. Prinzipiell könnte der t-Test verwendet werden, da er sich recht robust gegenüber Abweichungen von der Normalverteilung verhält. Die Prüfung der Varianzen auf Homogenität bereitet jedoch Schwierigkeiten, da der F-Test außerordentlich empfindlich gegenüber Abweichungen von der Normalverteilung ist. L. SACHS (246) oder S. SIEGEL (270) schlagen deshalb zur Prüfung der Varianzen den SIEGEL-TUKEY Rangdispersionstest vor. Dieser Test hat jedoch den Nachteil, daß seine Berechnung für die vorliegenden Daten außerordentlich aufwendig ist; es steht kein Auswertungs-Programm zur Verfügung. Für eine Signifikanzprüfung - auch bei Anwendung des U-Tests - müßte also ein großer Aufwand getrieben werden, der meiner Meinung nach, in keinem Verhältnis zum zu erwartenden Ergebnis steht. Deshalb soll eine kurze Beschreibung der ermittelten Werte genügen.

G. LÖHR und A. WALTER errechneten für den Gesamtscore folgende Durchschnittswerte:

- Bewohner eines Altenheimes: $\bar{X} = 10.0 \%$, $s = 5.29$
- Bewohner von Alten-Wohnungen: $\bar{X} = 12.48$, $s = 5.22$, beide Gruppen waren durchschnittlich 61 Jahre alt.
- Normal-Personen, Altersdurchschnitt 48 Jahre, $\bar{X} = 13.04$
(Mündliche Mitteilung von G. LÖHR)

Die Durchschnittswerte der höchsten Gewichtsgruppe, der "Warteliste-Patienten", liegen unter denen der Normal-Personen, wobei die Frauen-Gruppe (II) besonders niedrige Werte erreicht. Durchschnittliche Werte erzielten die Gruppen I, die Werte der Operierten-Patienten liegen deutlich über dem Durchschnitt, die

Gruppen III, Patienten, deren Übergewicht nur noch maximal 20 % beträgt, belegen den ersten Rangplatz, gefolgt von IV und V. Die Rangreihen der Gesamtwerte der LZ-Skala folgen streng der Rangreihe der Gewichtsgruppen bei Männern und Frauen: die höchsten Gewichtsgruppen erzielten die geringsten LZ-Werte und umgekehrt. In der Tabelle ist wegen der besseren Vergleichbarkeit der leichtesten Gruppe der Rangplatz 1 zugeordnet. Der Zusammenhang zwischen Gewichtsgrößen- und LZ-Skalen-Werten läßt sich durch Rangkorrelationsmaße ausdrücken, die bei den Frauen über alle Gruppen und Meßwerte 1,0 betragen. Bei den Männern ist der Zusammenhang der Rangplätze geringer. Wegen fehlender Referenzwerte muß auf eine faktorenbezogene, inhaltliche Interpretation der LZ-Skala derzeit noch verzichtet werden.

2. 4 Die Freundschaften Adipöser

Wirkungen der ursprünglichen Familie auf die Freundschaften konnten W. TOMAN et al. (306) in einem umfangreichen Forschungsprojekt nachweisen. Der dabei entwickelte Freundschaftsfragebogen erwies sich bei der Prüfung durch Explorationen als reliabel. Für unsere Fragestellungen sollen Freundschaften zunächst als Indikatoren sozialer Beziehungen gelten. Es interessiert uns deshalb in erster Linie die Anzahl abgeschlossener und noch bestehender Freundschaften und vor allem die Anzahl der Freundschaften, die nach der Operation geschlossen wurden. Für die zuerst genannten Daten liegen Vergleichswerte vor (306), die Freundschaften nach der Operation können derzeit nur dargestellt werden. Es ist zwar zu erwarten, daß durch die Gewichtsabnahme und die sich dadurch veränderte Lebenssituation auch mehr Freundschaften geschlossen werden, wichtig wäre es aber, den genauen zeitlichen Beginn der Freundschaften in Beziehung zum Operationszeitpunkt zu setzen, was wegen häufig fehlender Angaben nur in der groben Unterscheidung "Beginn vor und nach Operation" möglich ist. Die erhobenen Freundschaftsdaten lassen alle Analysen die TOMAN und Mitarbeiter (306) durchgeführt haben zu; hier soll

der erste Schritt genügen: Die tabellarische Darstellung der wichtigsten Kennwerte und deren Vergleich mit den Normwerten soll zur Entscheidung beitragen, ob zu einem späteren Zeitpunkt die aufwendigen statistischen Analysen mit dem Bemühen einer inhaltlichen Interpretation zur Frage der Freundschaften als Indikatorvariablen für die Güte sozialer Beziehungen lohnenswert sind. In den folgenden Tabellen sind Angaben enthalten über Anzahl der Freunde und Freundinnen für jede der zehn Gruppen getrennt (dabei steht "andere Freunde" für Nennungen, bei denen das Alter der genannten Freunde nicht ermittelt werden konnte), Dauer der bestehenden und der abgeschlossenen Freundschaften und für die Operierten Gruppen noch die Unterteilung nach vor und nach der Operation geschlossenen Freundschaften. In den Tabellen sind aus Platzgründen nur Mittelwerte und Streuungen ausgedruckt; die Daten liegen jedoch tabelliert für jede einzelne Versuchsperson vor.

EDV ~~VERSUCHS~~ ~~GRUPPE~~ 1, W

MITTLERE ANZAHL DER FREUNDINEN/FREUNDE : 4.73 3.19
STANDARDABWEICHUNG 3.61 3.45

ÄLTERE- JUENGERE- ANDERE FREUNDE: 2.35 3.75 1.32
STANDARDABWEICHUNG 3.15 3.88 5.59

ABGESCHLOSSENE -BESTEHENDE FREUNDSCHAFTEN: 5.31 2.42
STANDARDABWEICHUNG 5.38 4.27

ANZAHL DER VERSUCHSPERSONEN IN DIESER GRUPPE: 67

EDV ~~VERSUCHS~~ ~~GRUPPE~~ 2, W

MITTLERE ANZAHL DER FREUNDINEN/FREUNDE : 4.52 2.51
STANDARDABWEICHUNG 2.91 2.95

ÄLTERE- JUENGERE- ANDERE FREUNDE: 2.83 3.78 0.52
STANDARDABWEICHUNG 3.25 3.11 2.18

ABGESCHLOSSENE -BESTEHENDE FREUNDSCHAFTEN: 4.85 2.28
STANDARDABWEICHUNG 5.13 3.56

ANZAHL DER VERSUCHSPERSONEN IN DIESER GRUPPE: 54

EDV ~~VERSUCHS~~ ~~GRUPPE~~ 3, W

MITTLERE ANZAHL DER FREUNDINEN/FREUNDE : 3.78 3.78
STANDARDABWEICHUNG 2.20 2.66

ÄLTERE- JUENGERE- ANDERE FREUNDE: 1.78 5.78 0.00
STANDARDABWEICHUNG 1.59 3.45 0.00

ABGESCHLOSSENE -BESTEHENDE FREUNDSCHAFTEN: 6.10 1.55
STANDARDABWEICHUNG 5.15 3.24

ANZAHL DER VERSUCHSPERSONEN IN DIESER GRUPPE: 9

EDV ~~VERSUCHS~~ ~~GRUPPE~~ 4, W

MITTLERE ANZAHL DER FREUNDINEN/FREUNDE : 5.29 5.71
STANDARDABWEICHUNG 3.53 7.15

ÄLTERE- JUENGERE- ANDERE FREUNDE: 3.23 7.41 0.23
STANDARDABWEICHUNG 3.12 8.61 0.36

ABGESCHLOSSENE -BESTEHENDE FREUNDSCHAFTEN: 8.41 2.59
STANDARDABWEICHUNG 9.47 5.28

ANZAHL DER VERSUCHSPERSONEN IN DIESER GRUPPE: 17

EDV ~~VERSUCHS~~ ~~GRUPPE~~ 5, W

MITTLERE ANZAHL DER FREUNDINEN/FREUNDE : 3.69 2.14
STANDARDABWEICHUNG 3.07 2.56

ÄLTERE- JUENGERE- ANDERE FREUNDE: 1.63 4.10 0.03
STANDARDABWEICHUNG 1.70 4.97 0.18

ABGESCHLOSSENE -BESTEHENDE FREUNDSCHAFTEN: 4.17 1.36
STANDARDABWEICHUNG 4.10 4.34

ANZAHL DER VERSUCHSPERSONEN IN DIESER GRUPPE: 23

MITTEL RE ANZAHL DER FREUNDINEN/FREUNDE :	2.86	5.91
STAB. PROABWEICHUNG	4.34	3.79

ÄLTERE - JÜNGERE - ANDERE FREUNDEN	5.32	3.23	0.23
STANDARDABWEICHUNG	5.39	2.84	0.35

ARGTSCHLOSSENE -BESTEHENDE FREUNDSCHAFTEN:	6.58	2.99
STAND: RDAWEICHUNG	6.27	5.31

ANZAHL DER VERSUCHSPERSONEN IN DIESER GRUPPE: 22

EDV: Youngs Engineering GRJPD 2 M

MITTLERE ANZAHL DER FREUNDINEN/FREUNDE :	3.36	5.21
STANDARDABWEICHUNG	4.01	5.32

AELTERN- JUENGERE- ANDERE FREUNDE:	4.00	5.29	0.29
STANDARDABWEICHUNG	3.95	5.44	0.90

ABGESCHLOSSENE + BESTEHENDE FREIENDSCHAFTEN:	5,93	3,64
STANDARDABWEICHUNG	5,54	6,04

ANZAHL DER VERSUCHSPERSONEN IN DIESER GRUPPE: 14

EDW. JUNGHER UNIVERSITÄT DUISBURG GRUPE 7, M

MITTELRE ANZAHL DER FREUNDINEN/FREUNDE :	2.88	4.75
STANDARDABWEICHUNG	2.91	2.54

ÄLTER · JUENGERE- ANDERE FREUNDE:	3.38	4.19	0.06
STANDARDABWEICHUNG	2.89	2.83	0.24

ARGESCHLOSSENE -BESTEHENDE FREUNDSCHAFTEN:	5.19	2.44
STANDARDABWEICHUNG	3.89	3.16

ANZAHL DER VERSUCHSPERSONEN IN DIESER GRUPPE: 16

EDWARD J. CAMPBELL GRUPPE 4, M

MITTELERE ANZAHL DER FREUNDINEN/FREUNDE :	1.09	5.36
STANDARDABWEICHUNG	1.44	3.02

AELTERE- JUENGERE- ANDERE FREUNDE:	3.09	3.27	0.99
STANDARDABWEICHUNG	1.98	2.67	0.79

ARGESCHLOSSENE -BESTEHENDE FREUNDSCHAFTEN:	4.27	2.18
STANDARDABWEICHUNG	4.31	2.17

ANZAHL DER VERSUCHSPERSONEN IN DIESER GRUPPE: 11

EDWARDS UNIVERSITY GRUPE 5, M

MITTLERE ANZAHL DER FREUNDINEN/FREUNDE :	3.17	4.58
STANDARDABWEICHUNG	2.15	4.21

ÄLTERE- JÜNGERE- ANDERE FREUNDE:	2.67	4.83	0.25
STANDARDABWEICHUNG	3.45	2.88	0.83

ABGESCHLOSSENE -BESTEHENDE FREUNDSCHAFTEN:	2.25	5.50
STANDARDABWEICHUNG	2.17	6.70

ANZAHL DER VERSUCHSPERSONEN IN DIESER GRUPPE: 12

FREUNDSCHAFTEN

Gruppe		gleichgeschlechtliche		gegengeschlechtliche	
		bestehende	abgeschlossene	bestehende	abgeschlossene
I M	$\bar{x}$	161.8	135.6	119.2	24.0
	s	104.8	107.1	98.5	12.0
	N _F	102	27	58	5
	Nvp	21	21	21	21
	$\bar{x}_F$	4.9	1.3	2.8	0.2
	$\bar{x}_D$	13.5	11.3	9.9	2
	s _D	8.7	8.9	8.2	1
	$\bar{x}$	161.2	117.3	93.5	54.9
II M	s	158.3	74.2	89.1	45.5
	N _F	60	27	19	21
	Nvp	14	14	14	14
	$\bar{x}_F$	4.3	1.93	1.36	1.5
	$\bar{x}_D$	13.4	8.78	7.8	4.6
	s _D	13.2	6.19	7.4	3.8
	$\bar{x}$	150.8	52.9	151.9	105
	s	217.1	61.2	201.7	87.1
I W	N _F	160	37	254	56
	Nvp	65	65	65	65
	$\bar{x}_F$	2.5	0.6	3.9	0.9
	$\bar{x}_D$	12.6	4.4	12.7	8.8
	s _D	18.1	5.1	16.8	7.3
	$\bar{x}$	164	91.5	176.4	143.4
	s	176.2	117.7	143.9	100.7
	N _F	111	24	183	57
II W	Nvp	53	53	53	53
	$\bar{x}_F$	209	0.5	2.5	1.1
	$\bar{x}_D$	13.7	7.6	14.7	12
	s _D	14.7	9.8	11.9	8.4

FREUNDSCHAFTEN

(OP-GRUPPEN)

Gruppe		gleichgeschlechtliche				gegengeschlechtliche			
		bestehende		abgeschl.		bestehende		abgeschlossene	
		VOR	NACH	VOR	NACH	VOR	NACH	VOR	NACH
III M	$\bar{x}$	242.9	36	153.6	20	137.3	32	105.6	24
	s	244.9	0	78.3	6.9	93	6.9	59	0
	N_F	21	3	10	3	9	3	5	1
	$\bar{x}_F$	2.3	0.3	1.1	0.3	1	0.3	0.6	0.1
	$\bar{x}_D$	20.2	3	12.8	1.7	11.4	2.7	8.8	2
	s_D	20.4	0	6.5	0.6	7.8	0.6	4.9	0
	Nvp	9	9	9	9	9	9	9	9
III W	$\bar{x}$	83.3	0	0	26.4	70.4	24	0	0
	s	56.5	-	0	5.4	16.3	13.6	0	0
	N_F	17	-	0	5	15	4	0	0
	$\bar{x}_F$	2.8	-	0	0.8	2.5	0.7	0	0
	$\bar{x}_D$	6.9	-	0	2.2	5.9	2	0	0
	s_D	4.7	-	0	0.5	1.4	1.2	0	0
	Nvp	6	6	6	6	6	6	6	6
IV M	$\bar{x}$	126.5	36	24	-	110.4	12	60.0	-
	s	87.9	-	-	-	55.9	-	16.9	-
	N_F	35	1	1	-	5	1	2	-
	$\bar{x}_F$	4.4	1	0.1	-	0.6	1	0.3	-
	$\bar{x}_D$	10.5	3	2	-	9.2	1	5	-
	s_D	7.3	-	-	-	4.7	-	1.4	-
	Nvp	8	1	8	1	8	1	8	1
IV W	$\bar{x}$	202	20.5	178.2	18	119.4	19.2	72	16
	s	124.4	9.1	108.1	8.5	73.1	5.9	27.4	3.5
	N_F	36	8	13	2	20	16	6	8
	$\bar{x}_F$	3	0.7	1.1	0.2	1.7	1.3	0.5	0.7
	$\bar{x}_D$	16.8	1.7	14.9	1.5	9.9	1.6	6.0	1.3
	s_D	10.4	0.8	9.0	0.7	6.1	0.5	2.3	0.3
	Nvp	12	12	12	12	12	12	12	12

FREUNDSCHAFTEN

(OP-GRUPPEN)

Gruppe		gleichgeschlechtliche				gegengeschlechtliche			
		bestehende		abgeschl.		bestehende		abgeschlossene	
		VOR	NACH	VOR	NACH	VOR	NACH	VOR	NACH
V M	$\bar{x}$	164.8	-	137.3	-	192.9	-	152.0	12
	s	132.4	-	97.5	-	138.9	-	60.4	-
	N_F	27	-	9	-	14	-	3	1
	$\bar{x}_F$	3.9	-	1.3	-	0.12	-	0.4	1
	$\bar{x}_D$	13.7	-	11.4	-	16.1	-	12.6	-
	s_D	11.0	-	8.1	-	11.6	-	5.0	1
	Nvp	7	-	7	-	7	-	7	1
V W	$\bar{x}$	241.8	24	161.5	0	196.8	0	54	0
	s	154.7	-	85.1	0	143.2	0	12	0
	N_F	46	1	11	0	20	0	4	0
	$\bar{x}_F$	2.7	0.1	0.7	0	1.2	0	0.2	0
	$\bar{x}_D$	20.2	2	13.5	0	16.4	0	4.5	0
	s_D	12.9	0	7.1	0	11.9	0	1	0
	Nvp	17	17	17	17	17	17	17	17

$\bar{x}$ = Mittelwert der Freundschaftsdauer in Monaten

s = Standardabweichung der Freundschaftsdauer in Monaten

N_F = Anzahl der genannten Freundschaften

$\bar{x}_F$ = durchschnittliche Anzahl der Freundschaften

$\bar{x}_D$ = Mittelwert der Freundschaftsdauer in Jahren

s_D = Standardabweichung der Freundschaftsdauer in Jahren

Nvp = Anzahl der Personen pro Gruppe

Tabelle 36

Abgeschlossene - bestehende Freundschaften;

Vergleich zwischen den Gruppen

(vgl. 306, S. 30)

Männer		abgeschlossene Freundschaften		bestehende Freundschaften	
	N VP	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s
Normal-Stichprobe	97	5,39	5,57	10,07	7,06
Gruppe I	22	6,68	6,23	2,09	5,31
Gruppe II	14	5,93	5,64	3,64	6,04
Gruppe III	16	5,19	3,89	2,44	3,16
Gruppe IV	11	4,27	4,31	2,18	2,17
Gruppe V	12	2,25	2,17	5,50	6,70

Frauen		abgeschlossene Freundschaften		bestehende Freundschaften	
	N VP	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s
Normal-Stichprobe	104	6,00	4,49	9,28	7,17
I	67	5,51	5,98	2,42	4,27
II	54	4,85	5,19	2,28	3,56
III	9	6,00	5,16	1,56	3,24
IV	17	8,41	9,47	2,59	5,28
V	29	4,17	4,10	1,66	4,34

N VP = Anzahl der Personen in der Gruppe

$\bar{x}$ = Anzahl durchschnittlich angegebener Freundschaften pro Person und Gruppe

s = Standardabweichung der angegebenen Freundschaften pro Person und Gruppe

Tabelle 37

Mittlere Anzahl angegebener Freundschaften pro Gruppe/Männer:
(vgl. 306, S. 29)

	N	VP	männliche Freundschaften		weibliche Freundschaften	
			$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s
Normal- Stichprobe	98		9,47	5,81	6,46	4,29
Gruppe I	22		5,91	3,79	2,86	4,34
Gruppe II	14		6,21	5,32	3,36	4,01
Gruppe III	16		4,75	2,54	2,88	2,91
Gruppe IV	11		5,36	3,02	1,09	1,44
Gruppe V	12		4,58	4,21	3,17	2,15

Mittlere Anzahl angegebener Freundschaften pro Gruppe Frauen:

	N	VP	weibliche Freundschaften		männliche Freundschaften	
			$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s
Normal- Stichprobe	105		8,59	5,22	5,81	3,93
I	67		4,73	3,61	3,19	3,45
II	54		4,52	2,91	2,61	2,86
III	9		3,78	2,20	3,78	2,66
IV	17		5,29	3,53	5,71	7,15
V	29		3,69	3,07	2,14	2,66

N = Anzahl der Personen in der Gruppe

$\bar{x}$ = durchschnittliche Anzahl angegebener Freundschaften pro
Person und Gruppe

s = Standardabweichung der angegebenen Freundschaften pro
Person und Gruppe

Freundschaften: Gesamtgruppe

		gleichgeschlechtlich		gegengeschlechtlich	
		bestehend	abgeschlossen	bestehend	abgeschlossen
M:	$\bar{x}_J$	11.8	8.4	9.2	5.9
	$\bar{x}_F$	3.4	1.1	1.2	0.6
W:	$\bar{x}_J$	10.5	8.9	7.2	5.1
	$\bar{x}_F$	2.5	0.8	1.8	0.5
M+W:	$\bar{x}_J$	11.1	8.6	8.2	109.8
	$\bar{x}_F$	3.0	1.0	1.5	0.6

Tabelle 39

Tabelle 35 gibt keine Aufteilung der Freundschaften in gleich- und gegengeschlechtliche, bei der Unterteilung in abgeschlossen und bestehende Freundschaften. Diese Aufteilung ist Tabelle 36 zu entnehmen. Abweichungen der Mittelwerte bei $\bar{x}_F$ (durchschnittliche Anzahl der Freundschaften) in Tabelle 36 im Vergleich zu Tabelle 35 erklären sich durch Rundungsfehler bei der Aufteilung. Die Tabellen 37 und 38 sind - beim derzeitigen Stand der Untersuchung - die wichtigsten: Sie zeigen den Vergleich mit den Normwerten aus der Untersuchung von W. TOMAN et al. (306). Bei den abgeschlossenen Freundschaften zeigen sich keine auffälligen Abweichungen; die Unterschiede zwischen den bestehenden Freundschaften sind jedoch extrem: Sämtliche Untersuchungsgruppen nennen durchschnittlich bedeutend weniger bestehende Freundschaften als die Kontrollgruppe. Der Vergleich unterschiedlicher Altersgruppen ist zulässig (305, S. 26). Die Mittelwerts-

vergleiche der Freundschaftsdauer liegt für bestehende Freundschaften mit 9.7 Jahren unter dem Erwartungswert (17.7 Jahre; 306, S. 26). Der Wert für abgeschlossene Freundschaften liegt im Erwartungsbereich.

2. 5 Vorurteile über "die Dicken" - gemessen mit dem Semantischen Differential

Das Semantische Differential weist gegenüber anderen Fragebogen-Verfahren zur Vorurteils-Einstellungs- oder Persönlichkeitserforschung einen Vorteil auf: Mit ihm ist es möglich den Semantischen Raum (339), den Bedeutungsgehalt eines Begriffes bezüglich der von OSGOOD benannten Dimensionen activity, potency und evaluation zu erkennen. Für den deutschen Sprachraum steht im Institut für Psychologie der Universität Hamburg bei P.R. HOFSTÄTTER eine umfangreiche "Referenzliste" von Begriffen zur Verfügung. HOFSTÄTTER beschreibt den Semantischen Raum im wesentlichen durch vier Faktoren, auf die sich die weiteren Datenanalysen beziehen.

Die Erfassung der Stereotype mit dem GIESSEN-Test liefert die Beschreibung von Persönlichkeitstypen, wobei mögliche Unterschiede in der sprachlichen Auffassung der Test-Items durch die Normierung nivelliert sind. Das Semantische Differential eröffnet einen anderen Weg, der über konnotative Beschreibungen zu subjektiven Bedeutungsgehalten führt, die das Stereotyp des "Dicken" für die Befragten ausmachen. Neuere Arbeiten mit dem Semantischen Differential befassen sich mehr mit Einschätzungsunterschieden verschiedener demographischer Gruppen (63; mündliche Mitteilung von U. KOCH); diese Unterschiede können bei unserer Untersuchung zunächst nicht berücksichtigt werden.

Die Berechnungen der Gruppenprofile des Semantischen Differentials wurden von U. KOCH, Universität Hamburg, durchgeführt. Als Vergleichsprofile wurde ein "Standardsatz" von 31 Variablen her-

angezogen, wobei die ersten vier Variablen gleichzeitig die vier Faktorenbenennungen des Semantischen Raumes (339) darstellen. Das sind Faktor eins: Weiblichkeit, auch positive vs. negative Emotionalität, Faktor zwei: Männlichkeit, auch Leistungsfaktor, Faktor drei: Einsamkeit, Faktor vier: Triebhaftigkeit. Für die Interpretation der Daten sind nur diese vier Faktoren von Bedeutung, die restlichen der aufgeführten Faktoren sind irrelevant (schriftliche Mitteilung von U. KOCH). Für unsere Pilotstudie genügt die Darstellung der Faktorenladungen. Wie ersichtlich ist, sind die Ladungen auf den Faktoren drei, Einsamkeit und vier, Triebhaftigkeit, sehr gering; Ausnahmen bilden hier nur die Gruppen V, die mittlere Ladungen auf dem Faktor "Einsamkeit" erreichen. Bedeutende Schwankungen ergeben sich zwischen den Gruppen bezogen auf den Faktor zwei, dem Männlichkeits- oder Leistungsfaktor. Besonders die Männer-Gruppen II, die "Wartelisten-Patienten" und V, die kürzlich operierten Patienten, erzielen hier mittlere Ladungen. Hohe Ladungen findet man bei allen Gruppen auf dem Faktor eins, Weiblichkeit. Die Schwankungen zwischen den Gruppen sind gering.

In einer anderen, hier nicht dargestellten Analyse, errechnete U. KOCH für die Gesamtgruppe die Affinitäten zu den Referenzbegriffen. Die höchsten positiven Affinitäten - Korrelationen - ergeben sich zu Gemüt (0.58) und Bequemlichkeit (0.66), die höchsten negativen Affinitäten zu Kampf (- 0.70) und zu Haben (- 0.66).

Zusammenfassend kann man sagen, daß die Befragten die in der Gesellschaft bestehenden Vorurteile über die "Dicken" recht einheitlich beschreiben. Dem Stereotyp schreiben die Männer etwas deutlicher als die Frauen ein hohes Maß an Emotionalität zu. Frauen scheinen sich relativ einig darüber zu sein, daß mit dem Stereotyp des Dicken auch ein Leistungsmangel angesprochen wird; tendenziell meinen das auch die abgewiesenen und schon vor längerer Zeit operierten Männer. Die Wartelisten- und gerade ope-

rierten Patienten stimmen dem weit weniger deutlich zu. Das Vorurteil, daß Dicke einsam sind, beschreiben nur die kürzlich operierten Patienten; die anderen Gruppen geben diesen Aspekt des Stereotyps nur als Andeutung. Triebhaftigkeit paßt offenbar nicht zum Stereotyp des Dicken, der ist in der Wahrnehmung der Befragten emotional, kann nichts leisten, eher ein wenig einsam und das Gegenteil von triebhaft.

Vergleicht man diese Befunde mit den Ergebnissen des GIESSEN-Tests der Formen FW und FM, so erscheinen die "negativen" Affinitäten zu "Kampf" und "Haben" des Semantischen Differentials im Widerspruch zu den Variablen DO und RE zu stehen. Es müßte geklärt werden, ob diese Unterschiede durch verschiedene Bedeutungsgehalte, Semantische Räume, zustande kommen, ob mit den Verfahren grundsätzlich Verschiedenes gemessen wird oder ob die Ergebnisse wegen zu geringer Reliabilitäten der Verfahren als "zufällig" bezeichnet werden müssen.

3. Ergebnisse der Persönlichkeits-Tests

3. 1 Der Traum-Test

Der Traum-Test ist ein auch an klinischen Stichproben - Alkoholiker und depressive Patienten (317) - geprüftes Verfahren, das auf psychoanalytischer Grundlage von W. TOMAN entwickelt wurde. Mit 60 Items werden die Dimensionen P (Passivitätsinteressen), A (Aktivitätsinteressen), L (Liebesinteressen) und S (Schlaf) zu erfassen versucht.

"Die Dimension Passivität umfaßt das Interesse eines Menschen an Entspannung, Ruhe und am Faulenzen, aber auch das Bedürfnis, umsorgt und gepflegt zu werden, sowie den Wunsch, um seiner selbst willen geliebt zu werden, einfach dafür, daß man da ist. Dieses Interesse entsteht im ersten Lebensjahr, dauert aber, neben anderen Interessen, mehr oder weniger stark bis ins Erwachsenenalter an.

Zur Dimension Aktivität zählen die Interessen eines Menschen an Arbeit, Tätigkeit und Leistung, an Wettbewerb und Kampf, aber auch an Kooperation, Organisation und Ordnung: Ferner der Wunsch, um der eigenen Leistung willen geliebt und beachtet zu werden; schließlich die Bereitschaft, andere nach ihrer Leistung und ihrem Einsatz zu beurteilen und zu schätzen. Dieses Interesse entsteht im zweiten und dritten Lebensjahr, findet aber bis ins Erwachsenenalter und darüber hinaus neben anderen Interessen seinen mehr oder weniger starken und beharrlichen Ausdruck.

Zur Dimension Liebe gehören alle zärtlichen Bemühungen um andere Personen und ihre Gunst, vor allem um Personen des anderen Geschlechts; ebenso Bewunderung, Liebeswerben, Sympathie, Rücksichtnahme. Die Nähe der geliebten Person ist wichtiger als alle anderen Vergnügungen und Erfolge, die das Leben sonst bietet. Man möchte für diese Person etwas tun, sie beschützen, sich um ihr Wohlergehen kümmern, sie glücklich machen. Dieses Interesse entsteht im vierten und fünften Lebensjahr in der Familie, tritt bis zur Pubertät zugunsten der anderen beiden Interessengebiete in den Hintergrund, wird aber nach der Pubertät bei vielen Menschen das wichtigste dieser Interessensgebiete.

Die Dimension Schlaf oder Schlafgewohnheiten kennzeichnet vor allem, wie ruhig oder unruhig jemand seinen eigenen Meinungen nach schläft. Die Meßwerte dieser Dimension haben unter anderem Bedeutung für die Beurteilung des Trauminteressenprofils einer Person (305), S. 1 - 2).

Die Auswertung der verlockten Traum-Test-Rohdaten erfolgte über ein von G. SPÖRL, Universitäts-Nervenklinik Erlangen, erstelltes und von A. LOCHS, Rechenzentrum der Universität Innsbruck, modifiziertes Programm. Dabei wurde für jede Versuchsperson der Wert für die einzelnen Skalen, P, A, L und S errechnet. Diese Einzelwerte dienten zur Bestimmung der Gruppenmittelwerte, die

für die Gruppen I bis V nach männlich und weiblich getrennt gebildet wurden.

Als geeignetes Maß für die Überprüfung des internen Zusammenhanges der Gruppen wurde der KENDALL-Konkordanz-Koeffizient (W) berechnet. Mit Hilfe des Konkordanz-Koeffizienten kann bestimmt werden wie homogen die Antworten der einzelnen Vpn in jeder Gruppe sind. W prüft also die Stimmigkeit der Verteilung der Rangwerte - am Beispiel des Traum-Tests erklärt - der einzelnen Dimensionen P, A, L S über alle Versuchspersonen einer Gruppe. Für jede Vpn wird also eine Rangreihe von Wertpunkten gebildet und miteinander verglichen. Ergeben sich für jede Dimension etwa gleiche Rangsummen, so kann daraus geschlossen werden, daß keine Übereinstimmung zwischen den Vpn besteht. Je größer die Unterschiede in den Rangsummen, desto deutlicher ist die Übereinstimmung der Beantwortungstendenz. Bei Stichproben, die größer als 7 sind, wird W über χ^2 auf Signifikanz geprüft. "Ein signifikanter Wert von W kann so interpretiert werden, daß die Beobachter oder die urteilenden Personen im wesentlichen dieselben Standards verwendet haben" (270, S. 225).

Bei der Prüfung des Traum-Tests ergaben sich bei folgenden Gruppen keine Signifikanzen - als Grenze wurde das 5 %-Niveau gewählt:

- Gruppe III weiblich; $W = 0.358$, $\chi^2 = 14.32$, FG = 10
- Gruppe IV weiblich; $W = 0.342$, $\chi^2 = 36.91$, FG = 27
- Gruppe V weiblich; $W = 0.336$, $\chi^2 = 60.46$, FG = 45
- Gruppe II männlich; $W = 0.361$, $\chi^2 = 28.85$, FG = 20
- Gruppe III männlich; $W = 0.291$, $\chi^2 = 21.06$, FG = 24
- Gruppe IV männlich; $W = 0.207$, $\chi^2 = 12.43$, FG = 15
- Gruppe V männlich; $W = 0.473$, $\chi^2 = 22.68$, FG = 12

In den Gruppen der Frauen nach der Operation (III, IV, V) zeichnet sich eine Heterogenität der Angaben ab. In der Gruppe

V, mit dem durchschnittlich geringsten zeitlichen Abstand zur Operation, zeigen sich die geringsten, in Gruppen IV und besonders III die größten Unterschiede. Bei den männlichen Gruppen finden sich nur bei der Gruppe I, also bei den abgewiesenen Patienten unter 100 % Übergewicht, signifikante Werte. Schon bei der Gruppe II, den "Wartelisten-Patienten" läßt sich keine Signifikanz mehr nachweisen, was für eine unterschiedliche Beantwortung des Traum-Tests innerhalb der Gruppen spricht.

Um zu prüfen, welche Testvariablen die Heterogenität innerhalb der Gruppen bewirken, wurde für die einzelnen Gruppen der WILCOXON-WILCOX-Test berechnet. Mit diesem Test können allgemein k-Variablen mit je n-Wiederholungen verglichen werden. "Jeder Wiederholung ist eine Rangzahl von 1 bis k zuzuordnen, so daß n-Rangordnungen resultieren. Die Ränge der einzelnen Stichproben... werden addiert; ihre Differenz vergleicht man mit dem Wert der kritischen Differenz... Wird die tabellierte kritische Differenz erreicht oder überschritten, dann entstammen die dem Vergleich zugrunde liegenden Behandlungen unterschiedlichen Grundgesamtheiten. Unterschreitet die berechnete Differenz die tabellierte KD, dann gilt der Unterschied noch als zufällig" (246, S. 428). Für die Werte des Traum-Tests bedeuten Signifikanzen, daß die Rangreihen der Skalenwerte der einzelnen Vpn innerhalb der Gruppen stark variieren.

Die folgenden Tabellen geben eine Übersicht über die Ergebnisse der Berechnungen mit dem WILCOXON-WILCOX-Test. Signifikante Werte zeigen sich bei folgenden Gruppen der Frauen:

IV: Variable S**
V: Variable A**, L** und S**

Bei den Gruppen der Männer:

II: Variable L** und S**
III: L* und S**
IV: A* und S*
V: A* und S**

Die Signifikanzen bedeuten, daß innerhalb der genannten Gruppen die Rangplätze der genannten Variablen von einer zufälligen Variation signifikant abweichen. Die häufigen Signifikanzen lassen es notwendig erscheinen, Betrag und Richtung der Variablen zu untersuchen. Dazu ist es wichtig, die Gruppenmittelwerte und Streuungen zu kennen, die auf den folgenden Tabellen dargestellt sind.

GRUPPENPROFILE FÜRTRAUM-TEST WEIRLICH GRUPPE I

STICHPROFENGROSSE = 112

SKALA P = 4.009 STD. APW. = 0.268F+1

SKALA A = 5.445 STD. APW. = 0.286F+1

SKALA L = 5.924 STD. APW. = 0.318F+1

SKALA S = 8.272 STD. APW. = 0.314F+1

GRUPPENPROFILE FÜRTRAUM-TEST WEIRLICH GRUPPE II

STICHPROFENGROSSE = 70

SKALA P = 4.051 STD. APW. = 0.266F+1

SKALA A = 5.247 STD. APW. = 0.279F+1

SKALA L = 5.127 STD. APW. = 0.349F+1

SKALA S = 8.203 STD. APW. = 0.296F+1

GRUPPENPROFILE FÜRTRAUM-TEST WEIRLICH GRUPPE III

STICHPROFENGROSSE = 11

SKALA P = 3.000 STD. APW. = 0.148F+1

SKALA A = 4.500 STD. APW. = 0.206F+1

SKALA L = 4.227 STD. APW. = 0.308F+1

SKALA S = 7.182 STD. APW. = 0.341F+1

GRUPPENPROFILE FÜRTRAUM-TEST WEIRLICH GRUPPE IV

STICHPROFENGROSSE = 28

SKALA P = 4.857 STD. APW. = 0.267F+1

SKALA A = 5.946 STD. APW. = 0.278F+1

SKALA L = 6.679 STD. APW. = 0.359F+1

SKALA S = 8.125 STD. APW. = 0.291F+1

GRUPPENPROFILE FÜRTRAUM-TEST WEIRLICH GRUPPE V

STICHPROFENGROSSE = 46

SKALA P = 5.163 STD. APW. = 0.300F+1

SKALA A = 6.098 STD. APW. = 0.324F+1

SKALA L = 5.696 STD. APW. = 0.341F+1

SKALA S = 8.478 STD. APW. = 0.331F+1

GRUPPENPROFILE FÜR TRAUM-TEST MÄNNLICH GRUPPE I

STICHPROBENGROESSE = 48

SKALA P = 3,552 STD. APW. = 0.225E+1

SKALA A = 5,552 STD. APW. = 0.289E+1

SKALA L = 6,771 STD. APW. = 0.339E+1

SKALA S = 7,521 STD. APW. = 0.279E+1

GRUPPENPROFILE FÜR TRAUM-TEST MÄNNLICH GRUPPE II

STICHPROBENGROESSE = 21

SKALA P = 3,357 STD. APW. = 0.280E+1

SKALA A = 5,595 STD. APW. = 0.252E+1

SKALA L = 6,976 STD. APW. = 0.337E+1

SKALA S = 6,738 STD. APW. = 0.301E+1

GRUPPENPROFILE FÜR TRAUM-TEST MÄNNLICH GRUPPE III

STICHPROBENGROESSE = 25

SKALA P = 3,620 STD. APW. = 0.282E+1

SKALA A = 5,360 STD. APW. = 0.306E+1

SKALA L = 5,740 STD. APW. = 0.298E+1

SKALA S = 6,640 STD. APW. = 0.345E+1

GRUPPENPROFILE FÜR TRAUM-TEST MÄNNLICH GRUPPE IV

STICHPROBENGROESSE = 16

SKALA P = 3,625 STD. APW. = 0.282E+1

SKALA A = 5,906 STD. APW. = 0.264E+1

SKALA L = 5,125 STD. APW. = 0.369E+1

SKALA S = 6,187 STD. APW. = 0.301E+1

GRUPPENPROFILE FÜR TRAUM-TEST MÄNNLICH GRUPPE V

STICHPROBENGROESSE = 13

SKALA P = 2,192 STD. APW. = 0.165E+1

SKALA A = 5,538 STD. APW. = 0.323E+1

SKALA L = 4,692 STD. APW. = 0.278E+1

SKALA S = 6,731 STD. APW. = 0.293E+1

Um überprüfen zu können, welche der Traum-Test-Variablen am deutlichsten zwischen den verschiedenen Gruppen unterscheiden, wurden alle Variablen gegen alle Gruppen mit Hilfe des MANN-WHITNEY-U-Tests verglichen. Wegen seiner hohen Teststärke und Unempfindlichkeit gegenüber Abweichungen von der Normalverteilung schlägt L. SACHS vor, ihn dem t-Test vorzuziehen. Der U-Test prüft die Alternativhypothese "die Wahrscheinlichkeit, daß eine Beobachtung der ersten Grundgesamtheit größer ist als eine beliebig gezogene Beobachtung der zweiten Grundgesamtheit ist ungleich $1/2$. Zur Berechnung der Prüfgröße U bringt man die $(m + n)$ Stichprobenwerte in eine gemeinsame aufsteigende Rangfolge, wobei zu jeder Rangzahl vermerkt wird, aus welcher der beiden Stichproben der zugehörige Wert stammt" (246, S. 230). Für beide Stichproben werden die Summen der Rangzahlen gebildet, die zusammen mit den Werten der Stichprobenumfänge zur Berechnung von U_1 und U_2 für die Stichproben dienen. "Anhand des kleineren Wertes von U und den Werten für n und m kann anhand tabellierter kritischer Werte festgestellt werden, ob die H_0 zu verwerfen ist; für Stichproben, m größer 8 und n größer 8 empfiehlt sich auch die Prüfung über z-Werte" (246, S. 231).

TRAUM-TEST - WEIBLICH GRUPPE I			
MANN-WHITNEY U-TEST			
- MÄNNLICH GRUPPE I			
VARIABLE	1	U = 2422.500	Z = -0.99
VARIABLE	2	U = 2516.000	Z = -0.63
VARIABLE	3	U = 2326.500	Z = -1.34
VARIABLE	4	U = 2326.000	Z = -1.35

Tabelle 41

Auf die Ergebnisse der statistischen Prüfung der Variablen gegen die einzelnen Gruppen - z.B. für die Variable 1 die Vergleiche der Gruppen I:II, I:III... für Männer und Frauen - wird im Text hingewiesen; eine tabellierte Darstellung würde zu viel Platz beanspruchen.

Beim Vergleich der Gruppenmittelwerte von P, A, L und S der Männer- und Frauen-Gruppen ergeben sich signifikante Unterschiede bei den Gruppen II (Variablen 3 bis 4), IV (Variable 4) und V (Variablen 1 bis 4); die Werte unterscheiden sich auf dem 5 %, Variable 1 auf dem 1 %-Niveau signifikant.

Bei der Interpretation dieser Unterschiede muß berücksichtigt werden, daß die Normwerte zur inhaltlichen Interpretation bei Männern und Frauen unterschiedlich sind. Signifikante Abweichungen sind also nicht in jedem Falle Ausdruck eines - inhaltlich sinnvoll interpretierbaren - Unterschiedes. W. TOMAN (305) gibt für die Skalen Mittelwerte und Bereiche des wahrscheinlichen Fehlers an. Tabelle 42 enthält die um die Standardabweichungen erweiterten Normwerte von TOMAN. Daraus ist zu erkennen, daß die Werte der Männer - mit Ausnahme der Skala L - niedriger als die der Frauen liegen.

Als einfache und anschauliche Form zur Dateninterpretation bietet sich die Beurteilung der Gruppenprofile an, um somit das "Typische" zu erfassen. Dazu dienen die Interpretationsanleitungen aus dem Manual zum Traum-Test.

Normwerte des Traum-Tests

Männer (N = 320)			Frauen (N = 390)		
$\bar{X}$	S	wahrscheinl. F.	$\bar{X}$	S	wahrscheinl. F.
P: 3.79	2.27	2.28 - 5.30	4.48	2.58	2.76 - 6.20
A: 5.98	2.82	4.10 - 7.74	6.39	3.0	4.39 - 8.28
L: 7.13	3.78	4.61 - 9.66	6.71	2.97	4.73 - 8.70
S: 5.54	3.26	3.37 - 7.71	7.06	3.27	4.88 - 9.25

Tabelle 42

Beschreibung der Gruppen mit Hilfe des Traum-Tests

Die Gruppen der weiblichen Personen - betrachtet man die ausgedruckten Mittelwerts-Tabellen - unterscheiden sich schon auf den ersten Blick: Sind die Gruppen I und II nahezu identisch - mit Ausnahme der Skala L, die bei I fast um einen Wertpunkt höher liegt - so findet man die Gruppe III fast alle Werte um etwa einen Punkt abgesunken; diese recht einheitliche Abnahme der Wertpunkte in der Reihenfolge V bis IV bis III zu den Gruppen I bis II ist bei den Gruppen der Frauen weniger deutlich. Im einzelnen lassen sich die Gruppen anhand ihrer Skalenwerte wie folgt beschreiben:

Die Gruppen I und II der Frauen weisen - verglichen mit der Eichstichprobe - keine Auffälligkeiten im Bezug auf ihre Aktivitäts- und Passivitäts-Interessen auf. Dagegen zeigt in Gruppe I, deutlicher noch in II ein abgesunkener Durchschnittswert der Skala L eine Tendenz auf, die TOMAN mit "kühl und lieblos", "unerbittlich, nachtragend und schonungslos, besonders gegenüber dem anderen Geschlecht" verbalisiert. Die Güte des Schlafes dieser Gruppen scheint eher "schlecht" zu sein, S weist auf unruhigen, leicht störbaren Schlaf und Mühe beim Einschlafen hin. Die Männer der ersten beiden Gruppen scheinen zwar etwas besser - besonders die "Warteliste"-Patienten - zu schlafen, fallen jedoch durch geringe Passivitäts-Interessen im Sinne des "sich nicht entspannen Könnens" auf. Die Interpretation dieses Wertes kann nicht eindeutig erfolgen, da ein niedriger Wert von P auch darauf hinweisen kann, daß ein Pb seine passiven Interessen in der Wirklichkeit überdurchschnittlich befriedigen kann (305, S. 15). Der deutlich erniedrigte Wert der Skala A, die den Bereich "Interesse an Arbeit, Tätigkeit und Leistung, an Wettstreit und Kampf, aber auch an Kooperation, Organisation und Ordnung" (305, S. 16) erfaßt, weist auf einen Menschen hin, der "von seinen Mitmenschen... als kindisch, schlampig und bequem,

als selbstsüchtiger Schmarotzer oder langweiliger Träumer betrachtet" wird. "Ein solcher Mensch ist unverlässlich bei der Arbeit und unfair in Auseinandersetzungen und Konflikten. Er hat "kein Rückgrat", er drückt sich vor Schwierigkeiten oder appelliert an die Hilfe anderer" (305, S. 16).

In dieser Form ließe sich kurz das Auffällige an der "Mittelwerts-Persönlichkeit" der fettsüchtigen Frau und des fettsüchtigen Mannes in der Terminologie des Traum-Tests beschreiben. Die hohe Übereinstimmung zwischen den Werten der Gruppen I und II sprechen für die Gültigkeit dieser Aussagen. Abweichungen in den Rangplätzen wie sie mit dem WILCOXON-WILCOX-Test gefunden wurden, entstanden durch die Variabilität von L und S, die jedoch im Durchschnittsbereich der Werte aus der Normstichprobe bleiben.

Die Variablen-Werte der OP-Gruppen liegen im Durchschnitt etwas über - näher an den Erwartungswerten - jenen der Gruppen I und II; die deutlichsten Unterschiede finden sich im Vergleich zur Gruppe III, jener Patienten, die nach erfolgter Operation und Gewichtsreduktion nur noch höchstens 20 % Übergewicht haben. Die Frauen dieser Gruppe könnte man, was die Passivitäts- und Aktivitäts-Interessen angeht, mit den gleichen Worten beschreiben, mit denen die Gruppe I und II der Männer charakterisiert wurde. Hinzu kommt - angezeigt durch den niedrigen Wert der Skala L - eine unterdurchschnittliche Ausprägung des Gebietes der Liebesinteressen. Die Interpretation ist nicht eindeutig; TOMAN gibt mehrere Möglichkeiten an.

Informationen zur Entscheidung können nicht eindeutig aus unseren Daten gewonnen werden. Berücksichtigt man lediglich die aus den OP-Daten ableitbaren Überlegungen, so scheint jener Teil der Interpretation, den TOMAN vorschlägt, am zutreffendsten zu sein: "Jemand mit unterdurchschnittlicher Ausprägung dieses Interessengebietes kann... ein passiver anlehnsbedürftiger und nur an

den eigenen unmittelbaren Vergnügungen und Freuden interessierter Mensch sein, unfähig, für andere zu denken, zu handeln oder Interessen anderer Personen zu berücksichtigen. Auch Kinder versteht er nicht". In ihren Beziehungen zu Männern findet eine Frau diese Typus "in der Gesamtbilanz auch nicht viel Befriedigung in diesen Beziehungen" (305, S. 19).

Diese Interpretation wurde aus den anderen Möglichkeiten ausgewählt, weil sie aufgrund der Informationen aus den Fragen zum sexuellen Bereich, am wahrscheinlichsten zuzutreffen scheint. Es wäre interessant, hier aber nicht realisierbar - noch zu versuchen, weiteren Aufschluß darüber zu gewinnen, welche Variablen-Konstellationen zur relativen Heterogenität der Beantwortungen innerhalb der Gruppen führen, wie sie sich beim WILCOXON-WILCOX-Test darstellen.

Die Gruppen der Männer und Frauen unterscheiden sich ziemlich deutlich. Bei den Frauen zeigen sich über alle Variablen durchschnittliche Wertpunktschümmen, wobei die Werte der Skala S auf eine geringfügig unter dem Güte-Mittelwert liegende Schlafqualität hinweisen. Die Werte der Skala P liegen in der Gruppe der Männer am unteren Durchschnittsbereich; die Werte der Skala L unterschreiten ihn deutlich.

Im folgenden soll der Versuch einer Längsschnitt-Konstruktion unternommen werden. Dabei wird unterstellt, daß vorkommende Skalenveränderungen des Traum-Tests auf die Operation und die damit verbundene Gewichtsreduktion zurückzuführen sind. Für Männer und Frauen soll am Modell eines "Mittelwerts-Menschen" der Einfluß der OP auf Persönlichkeit und Interessen dargestellt werden. Die Formulierungen erscheinen dabei manchmal sehr frei, die Interpretationen sind nicht immer zweifelsfrei aus den Daten zu entnehmen. Gegen dieses Vorgehen könnten auch die nicht signifikanten Konkordanz-Koeffizienten sprechen. Die hier vorgeschlagenen Charakterisierungen sind aber die mit größter Wahrscheinlichkeit zutreffenden.

3.3.1 Typisierungen der Gruppen anhand des Traum-Tests

W: Die extrem übergewichtige Frau, deren Operationsbegehren abgewiesen wurde, erscheint, was Passivitäts-, Aktivitäts- und Liebesinteressen angeht, nicht anders, als die "Durchschnitts-Frau". Die Güte ihres Schlafes ist lediglich geringfügig schlechter - kann aber durchaus noch als "normal" bezeichnet werden.

I, M: Ihr männlicher Partner stellt sich dagegen deutlich anders dar: seine Passivitätsinteressen sind gering, er hat genügend Gelegenheit zur Befriedigung dahingehender Wünsche in der Wirklichkeit. Auch an Aktivität ist er wenig interessiert. So erscheint er träge, antriebslahm, ohne Ehrgeiz, wirkt eher unordentlich und zeigt sich sachlich desinteressiert und wenig anstrengungsbereit. Seine Liebesinteressen sind nicht sehr deutlich ausgeprägt: so scheint er eher an sich als an anderen Menschen interessiert zu sein; Frauen sind ihm sicher nicht das wichtigste im Leben. Sein Schlaf ist etwas unruhiger als der des "Durchschnitts-Mannes".

II, W: Mit zunehmendem Übergewicht und der Zulassung zur Operation ändert sich anscheinend nichts Wesentliches. Lediglich jene Eigenschaften, die über weniger ausgeprägte "Liebesinteressen" erschlossen werden, sind geringfügig verändert.

II, M: Der Mann mit mehr als 100 % Übergewicht unterscheidet sich nur geringfügig von seinem etwas leichteren Partner aus Gruppe I: er schläft besser. Für seine Mitmenschen erscheint er faul und desinteressiert, befriedigt seine "Pflege-Wünsche" und zeigt, was die Bereiche der Aktivität und Passivität angeht, eher das Verhalten eines Menschen, der bemüht ist, möglichst ohne großen Aufwand seinen eigenen oberflächlichen Bedürfnissen nachzugeben. Sein Verhältnis zu Frauen ist ihm nicht unwichtig; zeichnet sich aber sicher nicht durch liebevolle und zärtlich-verständnisvolle Beziehungen aus.

V, W: Auf die - noch relativ kurz zurückliegende Operation - reagiert die Frau mit deutlicher Zunahme der Passivitätsinteressen. Sie wirkt eher wehleidig, scheint lieber krank als tätig sein zu wollen und wird so von anderen häufig als faul, charakterschwach und unverlässlich empfunden. Sie fühlt sich als Rekonvaleszent, erscheint dabei, was ihre Aktivitäts-Interessen angeht unverändert, ihr ohnehin nicht sonderlich starkes Interesse an Männern ist noch geringer geworden. Sie wirkt jetzt eher lieblos, abweisend und kühl und findet an den angebotenen Beziehungen zu Männern keine rechte Befriedigung.

V, M: Die Operation, das Stadium des Rekonvaleszenten, hat dem ohnehin schon recht passiven Patienten anscheinend die Legitimation dafür gegeben sich und seinen Wünschen nach oberflächlichen, passiven Befriedigungen noch mehr nachzugeben. Um Wünsche anderer kümmert er sich wenig, und Frauen, an denen sein Interesse noch nie besonders ausgeprägt war, sind ihm noch unwichtiger geworden. Er wirkt träge, antriebslahm, zeigt sich wenig anstrengungsbereit und sachlich desinteressiert. Sein Schlaf ist unverändert gut.

IV, W: Für die Frau ergibt sich als Folge der Gewichtsreduktion eine Normalisierung von Passivitäts- und Liebesinteressen. Immer noch schläft sie ein wenig schlecht.

IV, M: Mit der Gewichtsabnahme geht beim Mann eine geringe Zunahme der Passivitätsinteressen einher, die jedoch immer noch weit unterdurchschnittlich ausgeprägt sind. Er nützt immer noch reichlich seine Zeit dafür aus seinen Wünschen nach Nichtstun und oberflächlichen, passiven Neigungen nachgegeben. Er ist ohne Ehrgeiz, träge und desinteressiert, dabei unordentlich und wenig anstrengungsbereit. Sein Interesse an Frauen hat wieder ein wenig zugenommen, bleibt jedoch deutlich unter dem - ohnehin nicht sehr hohen - Niveau vor der Operation.

III, M: Mit weiterem Gewichtsverlust gehen keine deutlichen Veränderungen mehr einher. Aktivitätsinteressen nehmen wieder ein wenig ab und liegen am unteren Durchschnittsbereich von Normalpersonen. Er bleibt passiv, wenig anstrengungsbereit und primär an sich selbst interessiert. Liebesinteressen nehmen ihrer Intensität nach zu, bleiben jedoch insgesamt gering: mit Frauen scheint er nach wie vor nicht allzuviel anfangen zu können; er ist weiterhin passiv, mit sich selbst beschäftigt und unfähig auf andere Menschen und deren Interessen einzugehen.

III, W: Die Gewichtsreduktion auf nahe "Normalgewicht" bringt für die einst extrem übergewichtige Frau wahrscheinlich auch einige Enttäuschungen: ihre im Verlauf der Gewichtsreduktion ausgeglichene Motivationslage und ihre damit normalisierten Kontaktwünsche scheinen nicht in der erwarteten Form Resonanz gefunden zu haben. Ihre Liebesinteressen sind geringer geworden, sie wirkt jetzt auf ihre Umwelt eher kühl und lieblos, frustriert, was sich in ihrer nachtragend und unerbittlich wirkenden Haltung zeigt. Dabei ist ihre Aktivität ein wenig verloren gegangen. Sie ist jetzt unordentlich, ohne rechten Ehrgeiz und nur wenig anstrengungsbereit; sachlich wirkt sie desinteressiert. Ihr Bedürfnis, nichts zu tun, kann sie offensichtlich ausreichend befriedigen und fühlt sich vielleicht erst jetzt, so recht als Rekonvaleszent, der der Schonung bedarf.

3.2 Die Gießen-Tests (GT)

Der GT wurde von D. BECKMANN und H.-E. RICHTER mit dem Ziel entwickelt, auf ökonomische Weise, sowohl individual- als auch gruppendiagnostisch verschiedene Persönlichkeitsbereiche zu erfassen; dabei wurde mittlere Bandbreite und Präzision des Verfahrens angestrebt. Der GT erfaßt über Selbst- und Fremdeinschätzungen sechs Standardskalen, die eine Profilinterpretation ermöglichen. Es liegen eine Reihe von Untersuchungen vor, bei denen der Gießen-Test im normal- und klinischen Bereich ange-

wendet wurde (17, 22, 159, 213, 310). Die Auswertung des Gießen-Tests erfolgte über ein von G. SPÖRL erstelltes und A. LOCHS adaptiertes Programm. In Anlehnung an BECKMANN und RICHTER (17, Kapitel 5.2) läßt sich folgende Kurzbeschreibung der bipolären Standard-Skalen geben:

Skala I: NR-PR, "soziale Resonanz": Geringe Werte der Skala I werden als negativ, hohe als positiv sozial resonant verbalisiert und lassen sich durch Eigenschaften beschreiben, die die erlebte Wirkung auf die Umgebung betreffen. Damit werden Bereiche angesprochen, die als Komponenten der "rollenhaften Identität" gelten können "die soziale Rolle bestimmt, wie man sich fühlt, wer man ist". Positiv sozial resonant wird mit Eigenschaften wie "beliebt, geachtet, anziehend", negativ sozial resonant mit "unattraktiv, unbeliebt, mißachtet, in der Arbeit kritisiert, nicht durchsetzungsfähig, an schönem Aussehen desinteressiert" beschrieben.

Skala II, DO-GE, wird mit "dominant-gefügig" verbalisiert. Dominant erklärt sich durch Eigenschaften wie "häufig in Auseinandersetzungen verstrickt, eigensinnig, gern dominierend, begabt zum schauspielern, schwierig in enger Kooperation, ungeduldig"; gefügig dagegen durch "geduldig, sich gerne unterordnen", also durch die Gegenpole der genannten Dominanz-Eigenschaften. Mit dieser Skala werden aufeinander wechselseitig bezogene soziale Abwehrformen erfaßt, die auf der einen Seite durch Komponenten der Aggressivität, auf der anderen Seite durch Aggressionsunfähigkeit gekennzeichnet sind, so daß triebpsychologisch die eher analen Züge sadomasochistischer Prägung erfaßt werden. Geringe Werte (DO) zeigen Personen an, die innere Konflikte eher in impulsiver Weise abreagieren, hohe Werte (GE) eher seine "typisch neurotische Ich-Einschränkung der Untertanenhaltung", sich "phobisch klein zu halten". Die Items dieser Skala erfassen in erster Linie die sozial bezogene, das heißt auf die jeweiligen Partner gerichtete Dimension des Erlebens und Verhaltens.

Skala III, UK-ZW, erfaßt einen Merkmalskomplex, der "geradezu in Lehrbuchmanier psychopathologisch typisch erscheint", wobei die Triebregulation zwischen den Polen "triebhafter Charakter" und "Zwangsstruktur" gemeint ist. Dabei werden, im Gegensatz zu Skala II, in erster Linie interne Kontrollmechanismen zwischen dem Es und der Ich-Überich-Organisation erfaßt. Geringe Ausprägung der Skala, UK, finden sich demnach bei Pb, die durch triebhaftes Agieren und Delinquenz auffällig ist, hohe Ausprägungen etwa bei Patienten, die von Psychotherapeuten als extrem kontrolliert und zwanghaft strukturiert diagnostiziert werden.

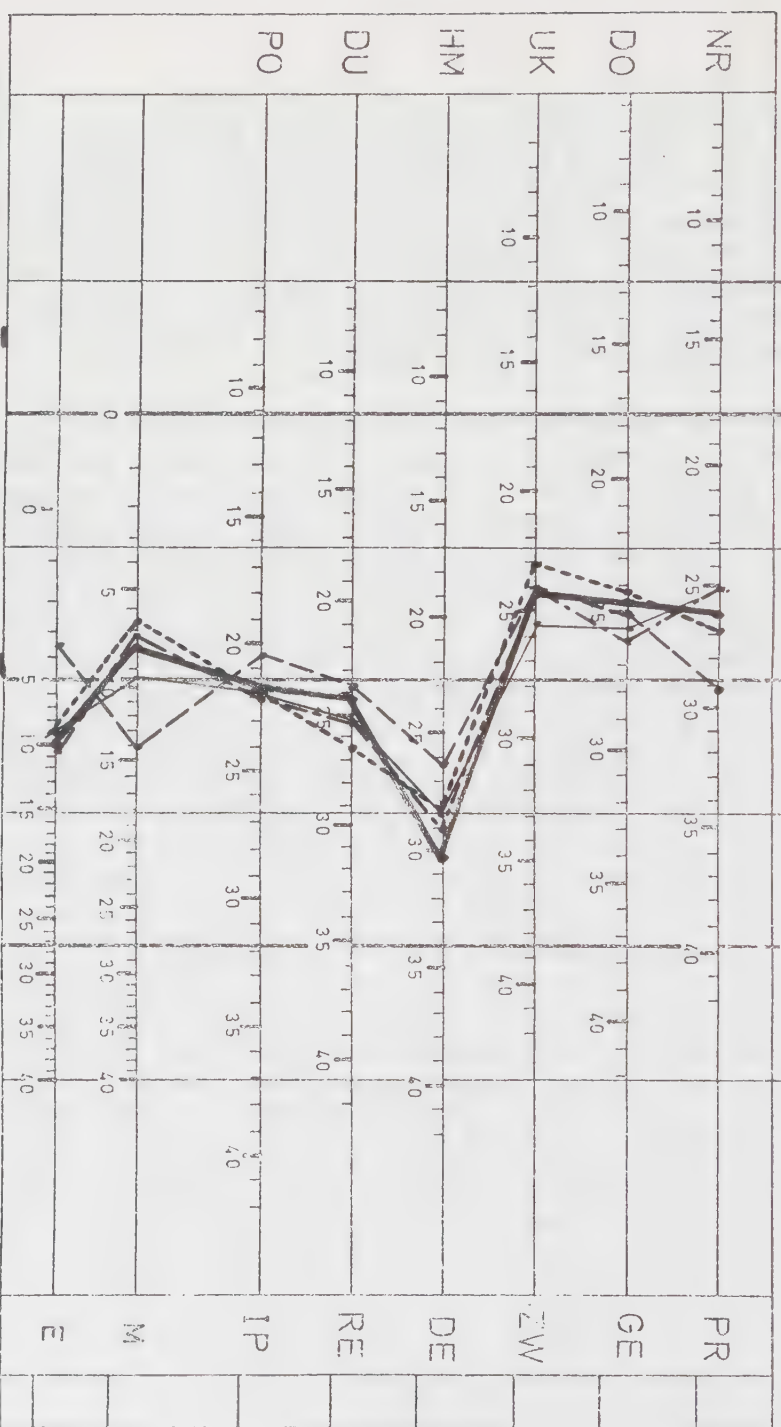
Skala IV, HM-DE, erfaßt die Grundstimmung. Geringe Werte, mit "hypomanisch" verbalisiert, können durch Eigenschaften wie "selten bedrückt, wenig zur Selbstreflektion neigend, wenig ängstlich, kaum selbstkritisch, Ärger eher hinauslassend und eher unabhängig" beschrieben werden; hohe Werte mit "depressiv" mit "Ärger eher hineinfressend, sehr ängstlich" oder anderen entsprechenden Gegenpolen zu den genannten HM-Eigenschaften.

Skala V, DU-RE, erfaßt "fundamentale Qualitäten des Kontakterlebens und -Verhaltens, in den Termini ERIKSONs die Kategorien "Urvertrauen-Urmißtrauen" sowie "Autonomie - Scham und Zweifel". Aus dem Urvertrauen entwickelt sich Offenheit, Durchlässigkeit nach außen und innen. Auf der anderen Seite entwickelt sich die retentive, verschlossen-mißtrauische Haltung aus Angst vor einer feindlichen Umwelt. "So bildet sich anale Retentivität als Konsequenz einer schizoid paranoiden Grundeinstellung heraus". Geringe Werte, DU, kennzeichnen einen Menschen durch die Eigenschaften "aufgeschlossen, anderen nahe, eher viel preisgebend, Liebensbedürfnisse offen ausdrückend, eher vertrauensselig, intensiv in der Liebe erlebnisfähig"; hohe Werte, RE, charakterisieren einen verschlossenen Menschen, der durch die Gegenteile der genannten Eigenschaften beschrieben werden kann.

Skala VI, PO-IP, wird als "sozial potent - sozial impotent" verbalisiert, wobei der psychoanalytische Begriff der Potenz in seinem weiteren Sinne gemeint ist und "dem klassischen Gesundheitsideal auf der genitalen Stufe" nahekommt. Sozial potent kann als "gesellig, im heterosexuellen Kontakt unbefangen, sehr hingabefähig, deutlich konkurrierend, fähig zur Dauerbindung, phantasie reich"; sozial impotent durch die Gegenpole der genannten Eigenschaften beschrieben werden.

Für jede Vpn wurden die Standardskalenwerte bestimmt und die Mittel- und Extremantworten gezählt. Bei vier Formen des Gießen-Tests und fünf Gruppen I bis V getrennt nach männlich und weiblich ergeben sich somit 40 GT-Profile. GT-S bezeichnet im weiteren die Testform "Selbsteinschätzung", die normale Form des GT. Mit GT-S-2 ist jene Form des GT gemeint, bei der die Instruktion lautet, sich so einzuschätzen, wie man glaubt, daß einen die anderen erleben und einschätzen. Zur Erfassung des Stereotyps, des fettsüchtigen Mannes und der fettsüchtigen Frau, so, wie es der Befragte gelernt hat, dienen die Fremdeinschätzungsformen des GT, FM und FW. Die folgenden GT-Profile (Tabelle 43) dienen der übersichtartigen Gesamtdarstellung der Gießen-Test-Profile.

%-Rang 01 06 23 67 159 309 500 309 159 67 23 06 01
 T 6 8 10 12 14 16 18 20 22 24 26 28 30 32 34 36 38 40 42 44 46 48 50 52 54 56 58 60 62 64 66 68 70 72 74 76 78 80 82 84 86 88 90



(beurteilt von II)

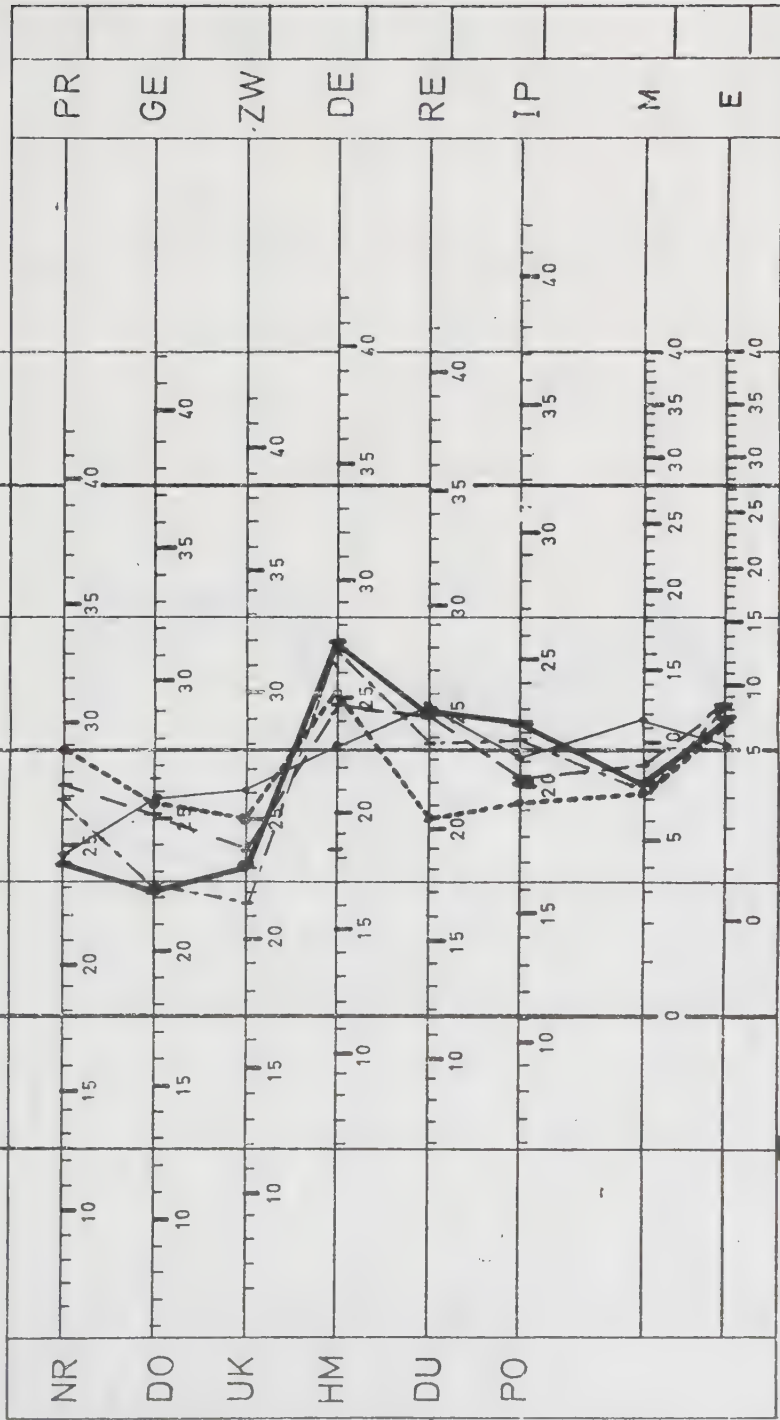
Name IV

Beruf GT-S, I-V, W

RW

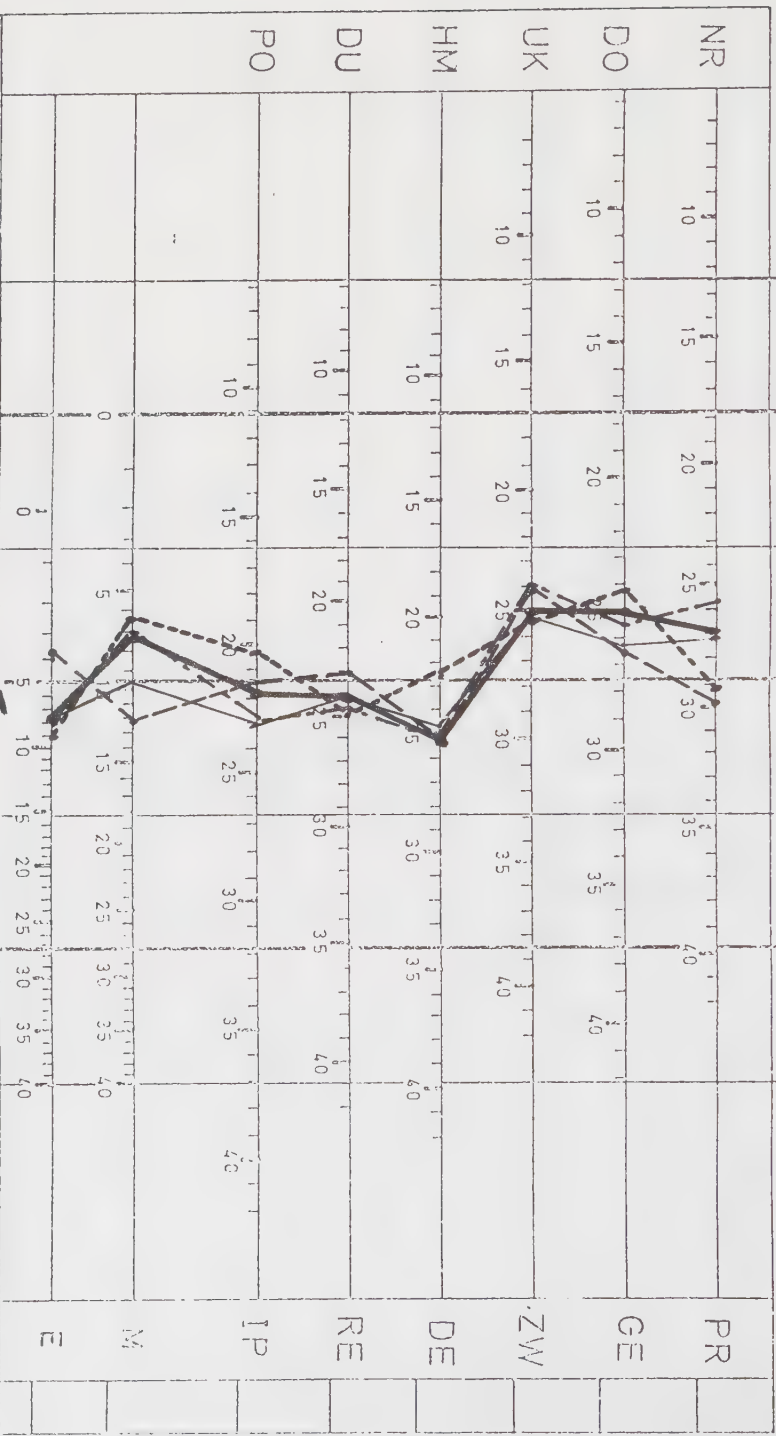
% - Rang 0,1 0,6 2,3 6,7 15,9 30,9 50,0 52,4 56 58 60 62 64 66 68 70 72 74 76 78 80 82 84 86 88 90
 T 6 3 10 12 14 16 18 20 22 24 26 28 30 32 34 36 38 40 42 44 46 48 50 52 54 56 58 60 62 64 66 68 70 72 74 76 78 80 82 84 86 88 90

RW



I _____ II _____ III _____ IV _____ V _____
 Name _____
 Beruf _____
 (beurteilt von _____)
 GT-S, I-V, M

%-Rang 0,1 0,6 2,3 6,7 15,9 30,9 50,0 30,9 15,9 6,7 2,3 0,6 0,1
 T 6 8 10 12 14 16 18 20 22 24 26 28 30 32 34 36 38 40 42 44 46 48 50 52 54 56 58 60 62 64 66 68 70 72 74 76 78 80 82 84 86 88 90



(Beurteilt von II)

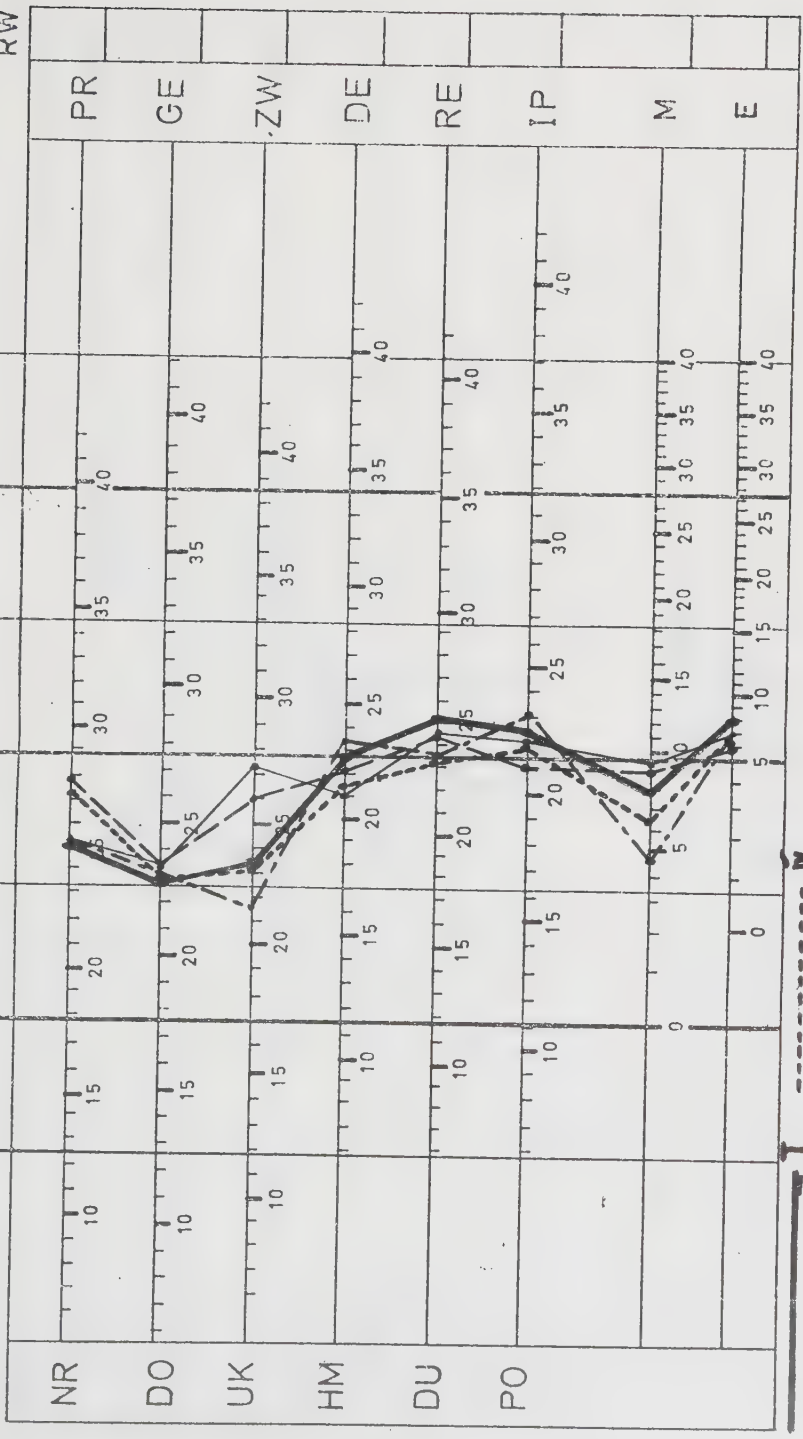
Name U

GT-62, I-V, W

RW

% - Rang 0,1 06 23 67 159 309 500 309 159 67 23 06 01
 T 6 8 10 12 14 16 18 20 22 24 26 28 30 32 34 36 38 40 42 44 46 48 50 52 54 56 58 60 62 64 66 68 70 72 74 76 78 80 82 84 86 88 90

RW



(beurteilt von)
 Name
 Beruf

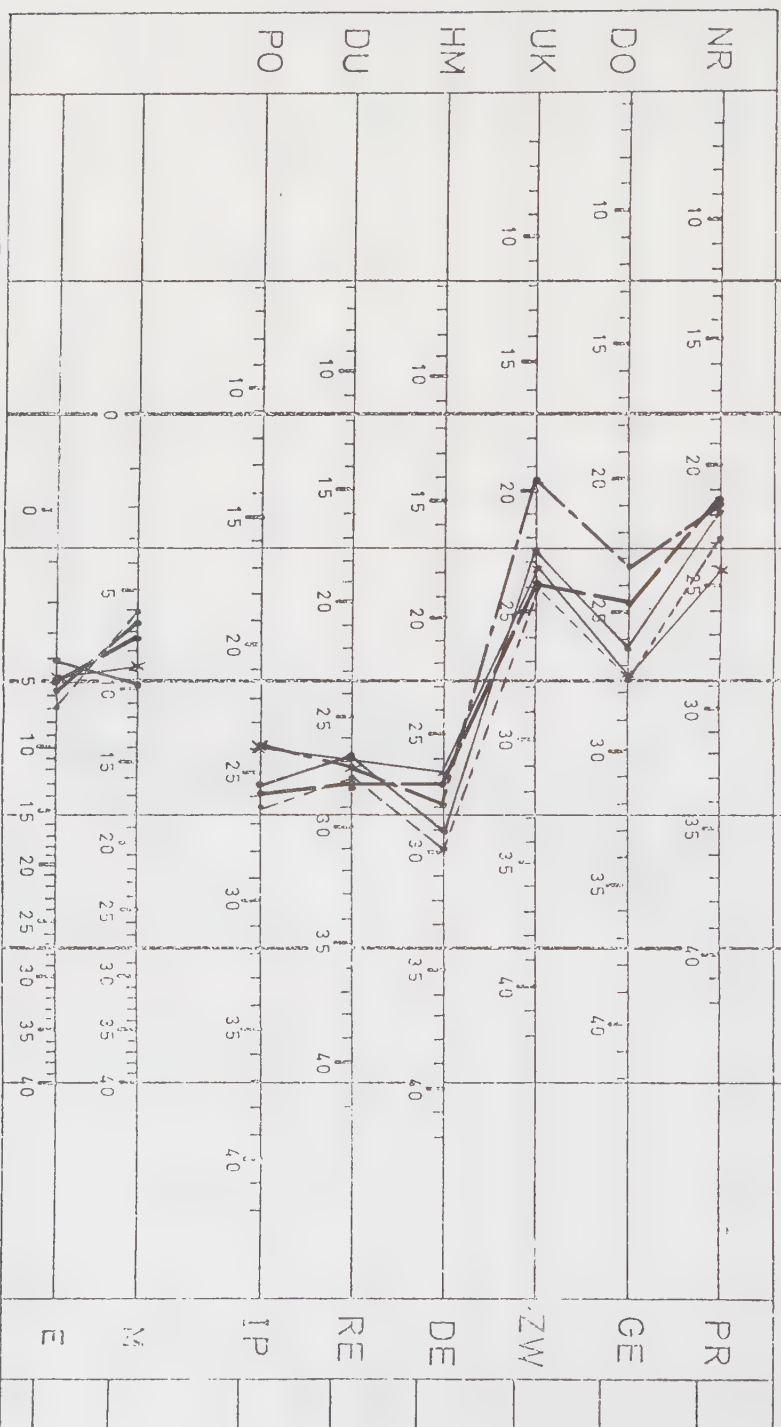
GT-S2, I-V, M

GT-Profilblatt

%-Rang

T 6 8 10 12 14 16 18 20 22 24 26 28 30 32 34 36 38 40 42 44 46 48 50 52 54 56 58 60 62 64 66 68 70 72 74 76 78 80 82 84 86 88 90

RW



(beurteilt von

II

)

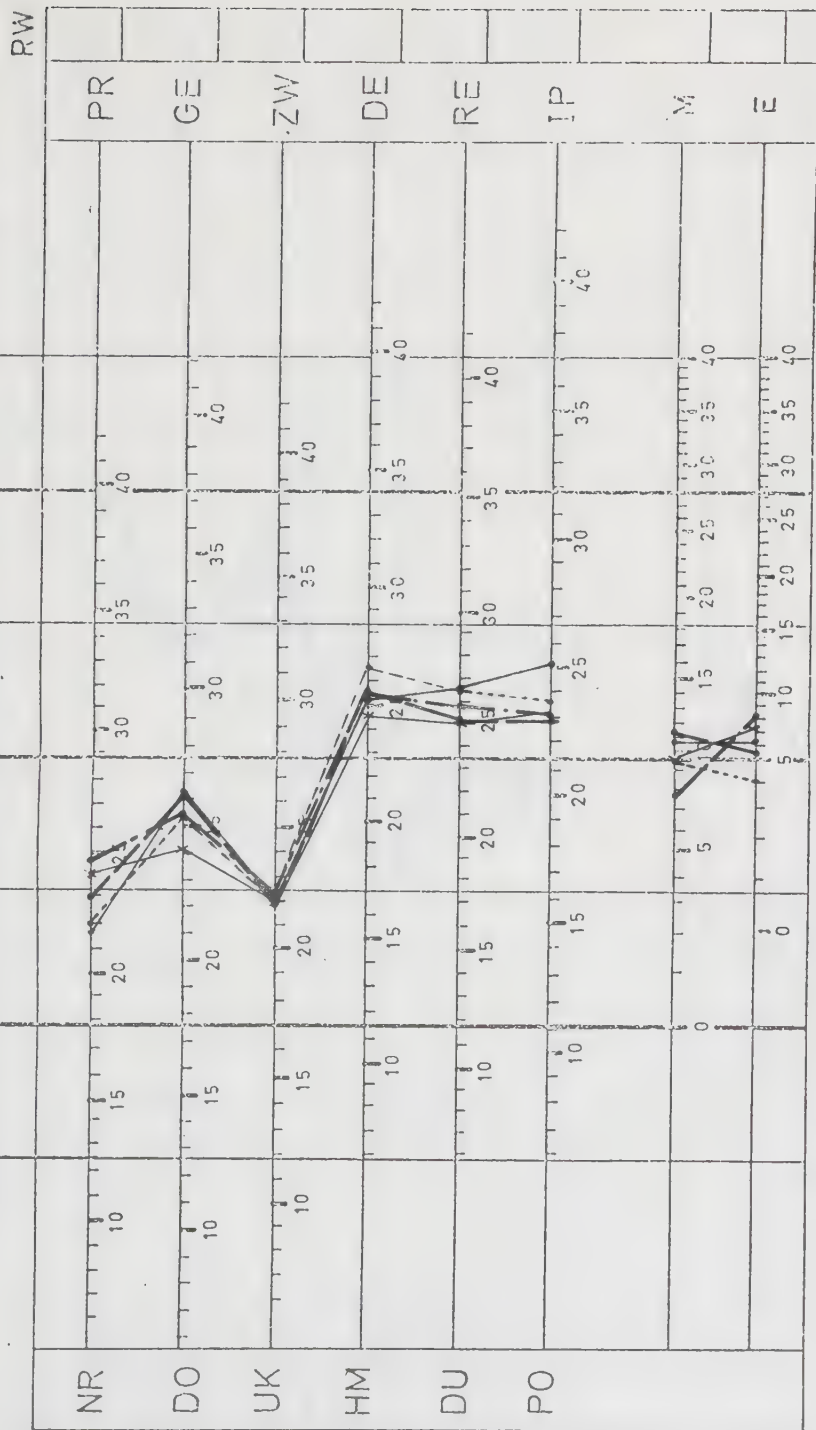
Name

V

GT-FM, I-V, M

Geruf

%-Rang
T 6 8 10 12 14 16 18 20 22 24 26 28 30 32 34 36 38 40 42 44 46 48 50 52 54 56 58 60 62 64 66 68 70 72 74 76 78 80 82 84 86 88 90



GT-PM, I-V, W

Name _____

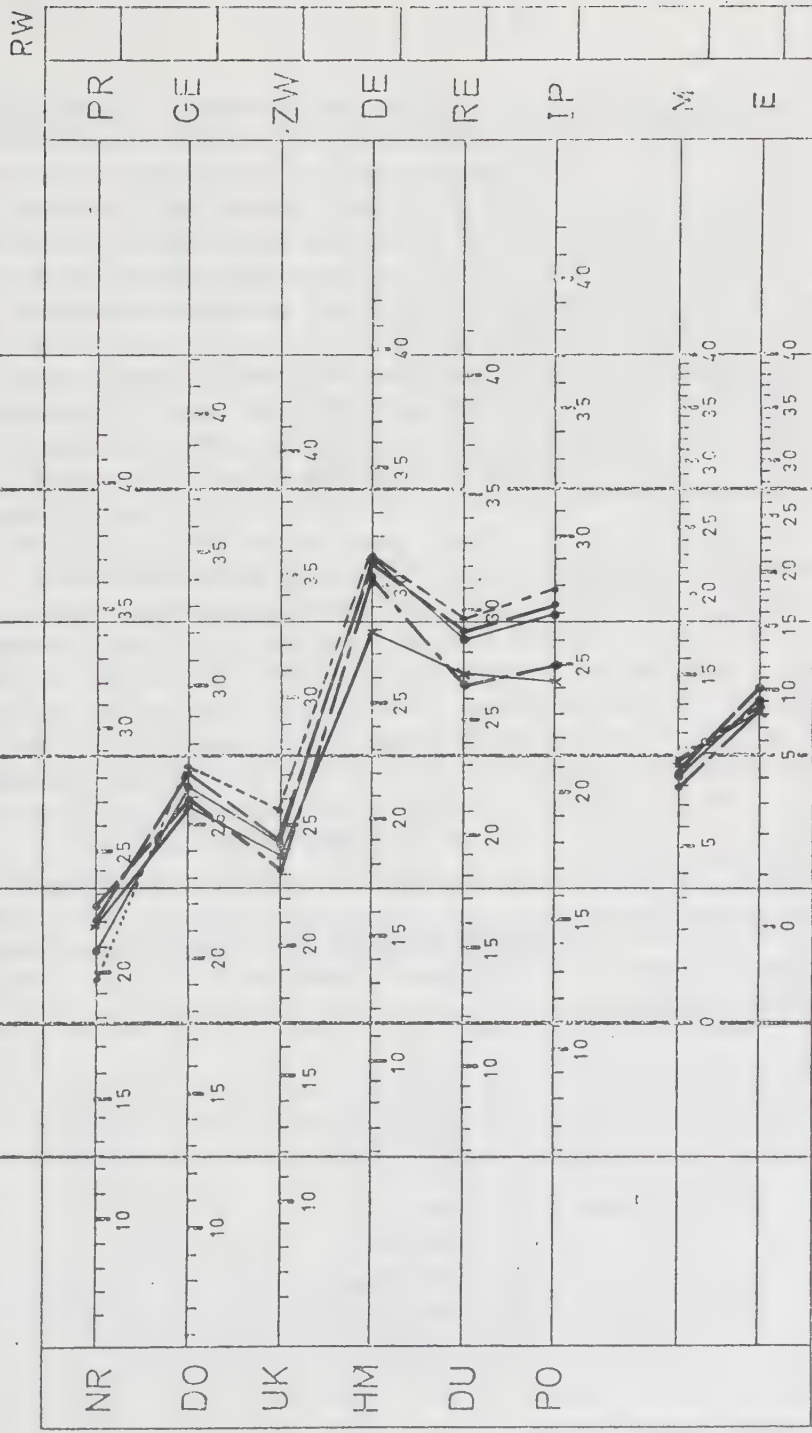
Beruf _____

(beurteilt von _____)

% - Rang

	% - Rang	0,1
1	100	0,1
2	90	0,1
3	80	0,1
4	70	0,1
5	60	0,1
6	50	0,1
7	40	0,1
8	30	0,1
9	20	0,1
10	10	0,1
11	0	0,1

% - Rang	0,1	0,6	2,3	6,7	15,9	30,9	50,0	30,9	15,9	6,7	2,3	0,6	q1
T	6	8	10	12	14	16	20	22	24	26	28	30	32



(beurteilt von _____)

IV

GT-FW, I-V, W

Zur übersichtlichen Informationsreduktion werden die ermittelten Gruppenprofile schrittweise überprüft: zunächst soll die Prüfung der Homo- oder Heterogenität der Beantwortungen innerhalb der Gruppen erfolgen. Analog zum Vorgehen bei der Traum-Test-Analyse diene dazu die Berechnung des KENDALL-Konkordanz-Koeffizienten (W). Signifikante Werte sprechen dafür, daß gemeinsame Antworttendenzen innerhalb der untersuchten Gruppen bestehen. Der anschließend gerechnete H-Test - ihm wurde der Vorzug gegenüber parametrischen Varianzanalysen gegeben, weil er eine hohe Stärke-Effizienz (gegenüber dem stärksten parametrischen Verfahren 95.5 % (270, S. 184) hat, und die Voraussetzungen für seine sinnvolle Anwendung sicher erfüllt sind - soll jene Variablen ermitteln, die innerhalb der vier Formen des Gießen-Tests, getrennt nach männlich und weiblich zur Heterogenität der Beantwortungen beitragen. Anschließend soll mit Hilfe des WILCOXON-WILCOX-Test eine gruppeninterne Analyse aller GT-Formen, getrennt nach männlich und weiblich, erfolgen. Dabei sollen Variablen identifiziert werden, die zu einer Heterogenität der Beantwortungen innerhalb der zehn Gruppen bei jeder Testform beitragen. Um mögliche Unterschiede zwischen den beiden Gruppen, männlich und weiblich und zwischen den Gruppen I bis V für jede Testform festzustellen, werden schließlich die Werte von U, gerechnet mit dem MANN-WHITNEY-U-Test, für alle die genannten Vergleiche bestimmt und auf Signifikanz geprüft.

Für die Testform GT-S ergeben sich bei den Frauen-Gruppen signifikante Konkordanz-Koeffizienten. Nichtsignifikant ist W bei folgenden Gruppen:

Form:	GT-S-2 Gruppe:	III, weiblich
		IV, weiblich
		V, weiblich
	GT-FM Gruppe:	III, weiblich
	GT-S Gruppe:	III, männlich
		IV, männlich
		V, männlich
	GT-S-2 Gruppe:	III, männlich
		IV, männlich

Die Berechnung der Formen GT-FM, weiblich, GT-FW, männlich und GT-FM, männlich, erbringen signifikante Werte von W.

Die nichtsignifikanten Werte von W der Form GT-S-2 in den drei "Operierten-Gruppen" sprechen dafür, daß keine einheitliche Meinung unter den Patientinnen dieser Gruppe darüber besteht, wie sie sich von ihren Mitmenschen eingeschätzt glauben. In der Gruppe III, also in der Gruppe von Patientinnen, bei denen nach der Operation nur noch ein geringes, höchstes 20 %-iges Übergewicht besteht, zeigt W unterschiedliche Auffassungen über das Stereotyp des extrem dicken Mannes an; dagegen scheint man sich einig in der Beurteilung des Stereotyps des gleichgeschlechtlichen Adipösen zu sein.

Bei der Berechnung mit dem H-Test ergeben sich signifikante Werte - als Schranke gilt das 5 %-Niveau - bei den folgenden GT-Formen und Variablen:

GT-S, W: Variablen 4, 7 und 8
GT-S, M: Variablen 1, 2, 4 und 5
GT-S-2, W: Variable 3
GT-S-FM, M: Variable 3

Die H-Werte weisen darauf hin, daß, bezogen auf die genannten Formen und Variablen, statistisch bedeutsame Unterschiede der Beantwortung innerhalb der Gruppen auftreten.

Vergleich der GT-Formen zwischen Frauen- und Männer-Gruppen

Aus Platzgründen sollen nur die Ergebnisse der Berechnungen mit dem U-Test für die Form GT-S dargestellt werden, - Tabelle 44 der nächsten Seiten - auf die anderen Formen wird im Text kurz eingegangen.

Bei Gruppe I unterscheiden sich die Beantwortungen der Männer und Frauen bezüglich der Skalen 1 und 4 auf dem 5 %-, Skala 2 auf dem 1 %-Niveau statistisch signifikant voneinander. In

Gruppe II beurteilen Männer und Frauen sich selbst bezüglich der Skala 2 und 3 unterschiedlich - auf dem 5 %-Niveau signifikant. Bei der Selbsteinschätzungs-Form, GT-S, gibt es noch Unterschiede zwischen Beurteilungen der Gruppe V bei Variable 4.

Tabelle 45 zeigt die signifikanten Unterschiede zwischen den Beurteilungen der Frauen und Männer jeder Gruppe und Testform.

GT-S-2, W:M	Gruppe I,	Skala:	1*, 2* und 4**
	" II,	"	2* und 3*
	" III,	"	4*
	" V,	"	4*
GT-FM, W:M	Gruppe I,	Skala:	4**
	" II,	"	1* und 3*
	" IV,	"	2* und 4*
GT-FW, W:M	Gruppe I,	Skala:	3*, 5** und 8*
	" II,	"	3* und 5*
	" III,	"	5*
	" IV,	"	3*
	" V,	"	8*

Die auf dem 5 %-Niveau signifikanten Werte sind mit *, die auf dem 1 %-Niveau signifikanten mit ** gekennzeichnet.

Tabelle 45

GIS-W GRUPPE I

MANN-WHITNEY U-TEST

VARIABLE	1	U = 2250,500	Z = -1,69
VARIABLE	2	U = 2044,500	Z = -2,51
VARIABLE	3	U = 2427,500	Z = -1,69
VARIABLE	4	U = 2137,500	Z = -2,16
VARIABLE	5	U = 2414,500	Z = -1,13
VARIABLE	6	U = 2654,500	Z = -0,22
VARIABLE	7	U = 2540,500	Z = -0,48
VARIABLE	8	U = 2617,500	Z = -0,34

GIS-W GRUPPE II

MANN-WHITNEY U-TEST

VARIABLE	1	U = 637,500	Z = -1,20
VARIABLE	2	U = 517,000	Z = -2,26
VARIABLE	3	U = 577,500	Z = -1,71
VARIABLE	4	U = 601,500	Z = -1,50
VARIABLE	5	U = 634,000	Z = -1,21
VARIABLE	6	U = 724,000	Z = -0,37
VARIABLE	7	U = 764,500	Z = -0,06
VARIABLE	8	U = 647,500	Z = -1,09

GIS-W GRUPPE III

MANN-WHITNEY U-TEST

VARIABLE	1	U = 147,500	Z = -0,31
VARIABLE	2	U = 140,000	Z = -0,03
VARIABLE	3	U = 146,000	Z = -0,13
VARIABLE	4	U = 118,000	Z = -1,04
VARIABLE	5	U = 114,000	Z = -1,17
VARIABLE	6	U = 145,000	Z = -0,16
VARIABLE	7	U = 117,000	Z = -1,24
VARIABLE	8	U = 96,000	Z = -1,76

GIS-W GRUPPE IV

MANN-WHITNEY U-TEST

VARIABLE	1	U = 67,000	Z = 0,00
VARIABLE	2	U = 77,000	Z = 0,00
VARIABLE	3	U = 55,500	Z = 0,00
VARIABLE	4	U = 21,000	Z = 0,00
VARIABLE	5	U = 43,500	Z = 0,00
VARIABLE	6	U = 73,500	Z = 0,00
VARIABLE	7	U = 57,000	Z = 0,00
VARIABLE	8	U = 67,000	Z = 0,00

GIS-W GRUPPE V

MANN-WHITNEY U-TEST

VARIABLE	1	U = 394,500	Z = -0,21
VARIABLE	2	U = 357,000	Z = -0,71
VARIABLE	3	U = 382,500	Z = -0,37
VARIABLE	4	U = 261,000	Z = -2,05
VARIABLE	5	U = 367,000	Z = -0,60
VARIABLE	6	U = 357,500	Z = -0,72
VARIABLE	7	U = 327,000	Z = -1,17
VARIABLE	8	U = 317,500	Z = -1,34

Zur Bestimmung der Beurteilungsunterschiede zwischen den Gruppen, wurden U-Tests für alle Gruppen - getrennt nach Männern und Frauen - und Variablen bei allen GT-Formen gerechnet. Die signifikanten Unterschiede sind in Tabelle 46 zusammengefaßt.

		Skalen							
FORM	Gr. : Gr.	1	2	3	4	5	6	7	8
GT-S, W	I : II								8**
	I : V			3*					8**
	II : V						6*		8**
GT-S, M	I : II								8*
	I : III	1*		3*					
	II : III								8*
GT-S-2, W	I : II								8**
	I : IV			3*					8**
	I : V								8**
	II : IV					5*			8**
	II : V								8**
	IV : V								8**
GT-FM, W	I : II						6*		8**
	I : IV								8**
	I : V	1*							8**
	II : IV							7*	8**
	II : V								8**
	IV : V								8**

Die auf dem 5 %-Niveau signifikanten Werte sind mit *, die auf dem 1 %-Niveau signifikanten mit ** gekennzeichnet.

Tabelle 46

Betrachtet man Tabelle 46 mit den Unterschieden in der Beantwortung des GT-S zwischen Männer- und Frauen-Gruppen, so kann gesagt werden, daß sich in den Gruppen I Frauen, statistisch signifikant auf dem 5- und 1 %-Niveau, negativer, bezogen auf "soziale Resonanz", dabei dominanter und in ihrer Grundstimmung depressiver einschätzen als Männer. Bei den "Wartelisten-Patienten" stellen sich die Frauen dominanter und unterkontrollierter

dar als die Männer. Die Unterschiede in den Skalen 1 (NR, 4 (DE) und 5 (RE) sind, wie aus den z-Werten abzulesen, deutlich, aber statistisch nicht signifikant. Die Beantwortungen der Männer und Frauen der Operierten-Stichproben unterscheiden sich statistisch bedeutsam nur bezüglich der Skala 4 in Gruppe V, wo sich Männer weniger depressiv einschätzen.

Die vermutete Beurteilung der eigenen Person durch andere, GT-S-2, zeigt deutliche Einschätzungsunterschiede: Frauen halten sich demnach für deutlich depressiver, dominanter und negativer im Hinblick auf ihre soziale Resonanz eingeschätzt, als Männer.

Patientinnen der "Wartelisten-Gruppe" glauben sich, im Gegensatz zu Männern der Gruppe II, von anderen deutlich dominanter und unterkontrollierter eingeschätzt. Auch zwischen den Operierten-Gruppen III und V gibt es deutliche Unterschiede bei den vermuteten "Annahmen der anderen" über die eigene Grundstimmung: In beiden Gruppen geben die Frauen Schätzungen an, die deutlicher in die Richtung "depressiv" gehen.

Die Einschätzung des Stereotyps des "dicken, extrem übergewichtigen Mannes" durch die Frauen der Gruppe I unterscheidet sich bezüglich der Skala 4 signifikant von der Einschätzung der Männer in derselben Gruppe. Männer zeichnen demnach ein Stereotyp des "Dicken", das deutlich "depressiver" ist. Bei den "Wartelisten-Patienten" ergeben sich signifikant unterschiedliche Einschätzungen des Stereotyps durch die Skala 1 und 3; Männer beurteilen den "Dicken" extremer als Frauen "negativ sozial resonant" und "unterkontrolliert". In Gruppe IV der Operierten-Stichproben ergeben sich signifikante Beurteilungsunterschiede zwischen Männern und Frauen bei den Skalen 2 und 4. Frauen beschreiben das Stereotyp relativ dominant und weniger depressiv als Männer.

Bezüglich der Einschätzung des Stereotyps der "Dicken", der

extrem übergewichtigen Frau, unterscheiden sich die Angaben der Gruppen I und II dahingehend, daß die Männer dieser Gruppen die "Dicke" als deutlich unterkontrollierter, die Frauen sie als deutlich "retentiver" beschreiben. Die Frauen der Gruppe III beschreiben das weibliche Stereotyp als "retentiver; Männer der Gruppe IV, deutlicher als die Frauen, als "unterkontrolliert".

Zusammenfassend läßt sich feststellen, daß sich Männer und Frauen in den Selbsteinschätzungen und den Beschreibungen der Stereotype der adipösen Frau und des adipösen Mannes bezüglich der GT-Werte unterscheiden. Nichtoperierte Männer und Frauen unterscheiden sich signifikant hinsichtlich der Einschätzung ihrer Wirkung auf die Umwelt. Frauen fühlen sich anscheinend deutlicher abgelehnt, weniger dominant und in ihrer Grundstimmung depressiver als Männer; Unterschiede bezüglich der depressiven Grundstimmung finden sich auch bei den Operierten-Gruppen III bis V.

In der Auffassung darüber, wie sie von anderen erlebt werden, unterscheiden sich die "Abgewiesenen" bezüglich der depressiven Grundstimmung; Männer geben hier Durchschnittswerte an, die Frauen wännen sich anscheinend als eher "depressiv" von anderen wahrgenommen. "Wartelisten-Patientinnen" halten sich deutlicher als negativ sozial resonant und unterkontrolliert wahrgenommen als die Männer dieser Gruppe. Männer der Operierten-Gruppen glauben sich als dominanter und positiver in ihrer Grundstimmung eingeschätzt als Frauen dieser Gruppen.

Die Einschätzung der Stereotype unterscheidet sich häufig bezüglich der Dimension "unterkontrolliert" und "retentiv", wobei Männer das Stereotyp der "dicken Frau" deutlicher mit "unterkontrolliert" und "retentiv" als Frauen beschreiben. Bei der Überprüfung der Frage, ob das gleichgeschlechtliche Stereotyp positiver als das gegengeschlechtliche eingeschätzt wird - wobei positiv durch "näher am Erwartungswert liegend" operationalisiert ist - findet man, wie Tabelle 47 zeigt, keine signifikanten Unterschiede.

		FM					FW				
		Gruppen									
		I	II	III	IV	V	I	II	III	IV	V
Skala	1	-	-	-	+	+	-	+	+	-	-
"	2	-	-	-	+	+	-	-	+	+	-
"	3	+	-	+	+	+	+	-	+	+	-
"	4	-	+	-	-	+	-	+	-	-	-
"	5	-	-	+	-	-	-	-	-	-	+
"	6	-	+	-	-	-	-	+	-	-	+

Tabelle 47

3. 2.1 Typisierungen der Gruppen anhand des GT

Wegen der Probleme, die sich bezüglich der Validität von - Persönlichkeits-Tests - und damit des GT - ergeben, ist eine Interpretation in der hier versuchten Form von Typisierungen immer problematisch: Es kann nicht entschieden werden, in welchem Bereich, welcher Ebene die getroffenen Aussagen Gültigkeit haben, in welchem Ausmaß Situatives vorhandene Grundzüge überlagert. Liest man den schon "klassischen" Artikel von L. MICHEL im Diagnostik-Band des Handbuches der Psychologie, wird man gänzlich verunsichert. Gehen wir nur von den vorliegenden Daten aus, die nach D. BECKMANN und H.-E. RICHTER mit einem Verfahren "mittlerer Bandbreite und Präzision" (17, S. 9) erhoben wurden, so darf nicht versäumt werden, darauf hinzuweisen, daß hier interpretierte Skalenwertveränderungen möglicherweise zum Teil als Zufallsschwankungen gewertet werden müßten. Dazu muß auch noch der bias des Interpretierenden gewertet werden, der ja - wohl gemeinsam mit den Patienten - die Veränderungen der Persönlichkeit in Richtung einer Stabilisierung als positiven Effekt der Risiken und Unannehmlichkeiten wünscht. Die relativ am besten abgesicherten Informationen über die Gruppenunterschiede

sind den Tabellen mit den signifikanten Skalendifferenzen zu entnehmen. Der - in Anlehnung an die Interpretation der Traum-Test-Ergebnisse - simulierte Längsschnitt ~~un~~der Versuch der typisierten Beschreibung einer "Mittelwerts-Person" jeder Gruppe ist aber reizvoll - wenn auch wissenschaftlich schwer abschätzbar -, weil er die Daten für den Leser anschaulicher gestaltet und auch eher dem entspricht, was ich in vielen Gesprächen mit adipösen Patienten gelernt habe. Die Hinweise auf die Unzulänglichkeit dieses Vorgehens mag zu kritischer Haltung des Lesers und zum Widerspruch führen, sollte ich mich allzusehr in die Richtung meiner Interpretation "verlieben".

I M: Der typische Mann der "Abgewiesenen-Gruppe" erlebt sich in seiner Wirkung auf die soziale Umwelt als sehr unattraktiv, er versteht es offensichtlich nicht sehr gut "sich zu verkaufen", fühlt sich ungeliebt und auch in der Arbeit häufig kritisiert. Aktuelle Konflikte reagiert er impulsiv aus und schätzt sich deshalb als eher aggressiv und affektiv "unterkontrolliert" ein. Er läßt sich gehen, ist unordentlich und unstet, wobei seine Grundstimmung eher depressiv ist.

II M: Der typische Mann der "Wartelisten-Patienten", fühlt sich - obwohl übergewichtiger - etwas besser in Bezug auf seine Wirkung auf die soziale Umwelt. Möglicherweise drückt sich hier schon die Antizipation der Gewichtsreduktion aus - der Operationszeitpunkt ist dem Patienten schon bekannt. Er erlebt anscheinend ein wenig mehr als der "Durchschnitt" Probleme in der Auseinandersetzung mit seinen Mitmenschen und kann sich etwas schlechter durchsetzen.

V M: Der vor relativ kurzer Zeit operierte Patient - sein Übergewicht liegt über 50 % - fühlt anscheinend noch keine Veränderung in seiner Wirkung auf die soziale Umwelt. Wie vor der Operation findet er sich unattraktiv, unbeliebt und wenig durchsetzungsfähig. Er erscheint jedoch weniger aggressiv, weniger in

Auseinandersetzungen verstrickt zu sein. Auch ist er ordentlicher geworden und zeigt allgemein die Tendenz sich mehr "zusammenzunehmen". Er scheint jetzt auch ein klein wenig geselliger geworden zu sein.

IV M: Im Verlauf der Zeit und mit der Gewichtsreduktion erlebt sich der einstmals extrem Fettsüchtige als unauffällig - seine Beziehungen zur sozialen Umwelt normalisieren sich. Er achtet mehr auf sein Äußeres und fühlt sich mit anderen - seinen Arbeitskollegen - "gleichwertig". In seinen sozialen Beziehungen ist er viel aufgeschlossener als vorher, wobei aber die gewonnene Neutralität seiner Grundstimmung ein wenig depressiv getönt erscheint. Die durch sein soziales Verhalten gewonnenen "Belohnungen" stützen die ihm eigenen Persönlichkeitszüge, die mit "Eigensinn" und einer Bereitschaft, Konflikte eher aggressiv nach außen abzureagieren, beschrieben werden können. Hat er sich nach der Operation etwas mehr zusammengenommen, so wird er jetzt wieder etwas bequemer, unordentlicher und unstetiger.

III M: Nach längerer Zeit - etwas mehr als ein Jahr ist seit der Operation vergangen - hat er abgespeckt und ist nur noch wenig übergewichtig. Die Erfahrungen in der Zeit nach der Operation waren anscheinend nicht nur positiv gewesen. Die vorübergehend gezeigte Offenheit und Aufgeschlossenheit anderen gegenüber ist einer eher mißtrauischen Haltung gewichen, wobei er aber im Bezug auf seine sozialen Kontakte doch Sicherheit im Verhalten gewonnen hat. Er kommt ganz gut an und kann es sich offenbar erlauben, sich ein wenig gehen zu lassen und bequem zu sein. Kommt es zu Konflikten, so neigt er wieder mehr dazu - so wie früher - auf diese relativ aggressiv zu reagieren und seine Aggressionen nach außen abzureagieren.

I W: Die Frau, die - zunächst vergeblich - um eine Operation ersucht hat, schätzt sich selbst als unattraktiv und eher unbeliebt ein - sie kommt nicht so an, wie sie es gerne hätte. Ihre Mitmenschen läßt sie nicht allzugerne nahe an sich heran. Im konkreten Konfliktfall neigt sie dazu, ihre Affekte und Aggres-

sionen nach außen abzureagieren. Für ihre Umwelt ist sie kein leicht zu nehmender Partner. So ist sie nicht sehr ordentlich und verlässlich. Dabei ist sie aber durchaus gesellig und - die Toleranz der Partner vorausgesetzt - zu Dauerbeziehungen fähig. Ihre Grundstimmung ist ausgeprägt depressiv getönt.

II W: Als - noch übergewichtigere - "Warteliste-Patientin" hat sich ihre Wirkung auf die Umwelt etwas verändert: sie erlebt sich jetzt unattraktiver, unbeliebter und häufiger kritisiert. Konflikten geht sie jetzt öfter aus dem Weg, und ihre Eigenschaft, sie offen auszutragen, ist weniger ausgeprägt. Ihre bequeme Haltung, ihre Unordentlichkeit verändert sich nicht; auf die erlebten Probleme im mitmenschlichen Bereich reagiert sie eher mit Mißtrauen und Verslossenheit. Die Grundstimmung ist deutlich- wenn auch nicht mehr ganz so extrem - depressiv getönt.

V W: Die Operation bringt für sie eine gewisse Stabilisierung, die sich mit "sie nimmt sich jetzt etwas mehr zusammen" umschreiben ließe. Ansonsten ändert sich nichts Wesentliches in ihrem Selbsterleben.

IV W: Mit weiterer Gewichtsreduktion verliert sich auch die Phase stärkerer innerer Kontrolle; sie läßt sich jetzt wieder mehr gehen und wird unordentlich und unstetig und bequemer als je zuvor. Sie kommt zwar in ihrer sozialen Umwelt etwas besser an, ihre deutliche Neigung, bei aktuellen Konflikten Aggressionen - stärker als früher - nach außen abzureagieren, schafft aber Situationen, auf die sie mit "Rückzug" und Verslossenheit reagiert. Ihre depressive Grundstimmung hat sich ein wenig aufgehellt.

III W: Nach erfolgreicher Gewichtsreduktion und Erreichen des Normalgewicht-Bereiches ergeben sich die deutlichsten Veränderungen. Sie erfährt jetzt Anerkennung aus ihrer sozialen Umwelt, zeigt Interesse an schönem Aussehen und kommt "im täglichen Leben" so gut zurecht wie andere auch. Sie läßt sich jetzt auch

weniger gehen - allerdings immer noch mehr als der Durchschnitt - kommt aber ganz gut an und wirkt auch etwas geselliger; ihre Grundstimmung hat sich deutlich aufgehellt, ist aber nach wie vor deutlich depressiv getönt.

3. 2.2 Typisierung der Gruppen anhand des GT-S, Form 2

Darüber, wie man von anderen wahrgenommen wird, herrschen unter den Männer-Gruppen einheitlichere Vorstellungen als unter den Frauen-Gruppen, wo einige statistisch bedeutsamen Unterschiede, gemessen mit dem MANN-WHITNEY-U-Test - auftreten. Die folgenden Interpretationen erfolgen wieder entsprechend den vorangegangenen.

Als "Abgewiesener" glaubt der adipöse Mann sich als ziemlich unattraktiv und unbeliebt von anderen wahrgenommen; insgesamt scheint er sich von anderen sogar etwas negativer bezüglich seiner sozialen Resonanz eingeschätzt, als er sich selbst einschätzt. Andere halten ihn - seiner Meinung nach zu Recht (GT-S-2-Skala DO) für sehr affektiv und aggressiv, dabei unordentlich und bequem. Seine depressive Grundstimmung dagegen glaubt er vor anderen gut verbergen zu können; seiner Meinung nach wird er von anderen als weder besonders fröhlicher (HM) noch trauriger (DE) Mensch, sondern so, wie andere im Durchschnitt auch, eingeschätzt.

Als deutlich übergewichtiger "Wartelisten-Patient" glaubt er, daß andere ihn viel unattraktiver sehen, als er sich selbst einschätzt. Seine depressive Grundstimmung, wie er sie in der Selbsteinschätzung angibt, glaubt er vor anderen gut verstecken zu können: seiner Meinung nach erscheint er in den Augen der anderen keineswegs depressiv, sondern "normal" was seine Grundstimmung angeht.

Durch die Operation und die rasche Gewichtsreduktion verändert sich seiner Meinung nach zwar nicht unmittelbar die negative soziale Resonanz und die Meinung der anderen, daß er ein impul-

siver, eigensinniger Mensch ist, wohl aber glaubt er, daß man eine Änderung an ihm erkennt: daß er sich jetzt deutlicher als früher und gerade so wie alle anderen auch, "zusammenreißt", sich nicht mehr so gehen läßt, also durchschnittlich ordentlich und zuverlässig geworden ist. Diesen Zug bemerkt er auch an sich selbst und meint, den anderen müßte das noch deutlicher auffallen.

Die mit weitergehender Gewichtsreduktion an sich wahrgenommenen Veränderungen - er fühlt sich weniger depressiv, weniger impulsiv reagierend und vor allem, in Beziehung zu anderen, viel offener, aufgeschlossener - scheinen seiner Meinung nach die anderen nicht angemessen zu registrieren: die anderen merken anscheinend gar nicht, daß er jetzt ganz "normal", viel durchsetzungsfähiger und attraktiver geworden ist. Besonders seine neu gewonnene Aufgeschlossenheit und seine größere Geselligkeit scheint man ihm nicht so recht abzunehmen.

Nach längerer Zeit und nach erfolgreicher Gewichtsreduktion in die Bereiche des "Normalgewichtes" hinein, fühlt sich der erstmals extrem Adipöse von anderen ziemlich "objektiv" beurteilt. Lediglich was seine Art angeht zwischenmenschliche und intrapsychische Konflikte zu bewältigen, wähnt er sich noch mißverstanden: die anderen halten ihn immer noch für dominant und eigensinnig, andererseits - im Gegensatz zu vorher - wesentlich zuverlässiger und ordentlicher als er sich selbst einschätzt. Er kommt also - abgesehen von seinem Eigensinn, der manchmal als "Streitsucht" mißverstanden wird - ganz gut, "normal", an.

Als "Abgewiesene" glaubt sich die übergewichtige Frau von anderen - weniger deutlich als ihr männlicher Partner der Gruppe I - als negativ sozial resonant, dominant und - im Gegensatz zu ihm - etwas depressiver gestimmt wahrgenommen. Die weiteren Einschätzungen weichen nicht wesentlich von jenen der Männer der Gruppe I ab.

Mit zunehmendem Übergewicht glaubt sie sich in den Augen der anderen noch stärker als unattraktiv, unbeliebt, dabei eigensinnig, dominant und sehr unordentlich, bequem und unstetig gesehen.

Die Operation mildert die Ausprägung der genannten Eigenschaften. Sie scheint sich jedoch jetzt von anderen als eher mißtrauisch und zurückgezogen wahrgenommen.

Mit weiterer Gewichtsreduktion ändert sich diese Tendenz wieder; die Patientin glaubt sich von anderen wieder geselliger wahrgenommen und meint ihre leicht depressive Grundstimmung gut verbergen zu können.

Nach längerer Zeit und erreichtem Normalgewicht gibt sie an, daß die anderen sie wahrscheinlich durchschnittlich attraktiv, im Konfliktverhalten relativ ausgeglichen, etwas unordentlich und bequem und leicht depressiv gestimmt wahrnehmen. Sie glaubt weder sonderlich verschlossen noch gesellig, sondern ganz "normal" zu wirken.

3. 3 Das PSS-25

In einem noch nicht veröffentlichten Vortrags-Manuskript über "Die elektronische Verarbeitung des PSS-25 als Hilfsmittel zur Rehabilitation von Herzinfarktpatienten", das mir die Autoren, F.-J. HEHL und R. HEHL zuschickten, findet man vergleichbare Probleme und Lösungsansätze beschrieben, wie sie auch für unsere Patienten zum Teil Gültigkeit haben. Die Autoren skizzieren folgenden Gedankengang als Begründung für die Neukonstruktion eines Persönlichkeitstests.

Wichtiges Rehabilitationsziel bei Herzinfarktpatienten ist die Entwöhnung vom Rauchen und von Überernährung. "Diese Verhaltensweisen sind jedoch oft schon so tief in die Persönlichkeit eingedrungen, daß der Patient diese Verhaltensweisen nur dann ändert,

wenn er gleichzeitig tieferliegende Einstellungen, Bedürfnisse und Ängste ändert... sind bei psychisch Gesunden Zusammenhänge zwischen Rauchen bzw. Überernährung und diesen Persönlichkeitsmerkmalen gefunden, so kennt man die Richtung, in die eine Person beeinflusst werden muß, um sie damit vom Rauchen bzw. viel Essen zu entwöhnen. Oft ist eine Einstellung jedoch so verhärtet, daß trotz aller Einflußnahme auf sie, keine Verhaltensänderung herbeigeführt werden kann. Es ist daher überaus nützlich zu wissen, welche der infrage kommenden Einstellungen nicht so stabil und konsistent und daher zu ändern sind. Weiterhin wäre es wünschenswert, erkennen zu können, ob man eine Person eher mit logischen Argumenten und wissenschaftlich fundierten Informationen oder ob man sie eher emotional ansprechen sollte" (S. 4 f).

Für eine individuelle Betreuung wären solche Informationen außerordentlich nützlich. Die Konzeption des Tests und die Erfahrungen im klinischen Bereich lassen ihn als für unser Fragestellung geeignet erscheinen. Das PSS-25 besteht aus 344 Statements, die mit "stimmt" bzw. "stimmt nicht" zu beantworten sind. Es erfaßt ein System von 25 Persönlichkeitsmerkmalen, von denen 20 mit dem RASCH-Modell und 5 nach einem faktorenanalytischen Modell skaliert sind. Die 25 gemessenen Persönlichkeitsmerkmale lassen sich faktorenanalytisch durch 4 Faktoren bündeln. Für Persönlichkeitsmerkmale werden

- Intensität (und Richtung),
- Konsistenz (Stabilität, Beeinflußbarkeit) und
- Steuerung (affektive oder kognitive Komponente einer Einstellung)

bestimmt. Richtung und Intensität zeigen an, welche Merkmale geändert werden sollen, der Konsistenz-Wert gibt an, inwieweit diese Merkmale überhaupt änderbar sind. Über die ermittelten Steuerungsparameter kann entschieden werden mit welchen Mitteln - ob eher mit denen der Logik oder eher mit denen einer emotionalen Ansprache - die oben bestimmte Einstellung bei einem konkreten Fall am besten beeinflusst werden kann (120, S. 4).

Im Manual zum PSS-25 findet man für den im Vortrag verwendeten Begriff der Steuerung den der Konsonanz oder Dissonanz. Zur Interpretation des PSS-25 schlagen F.-J. HEHL und R. HEHL - nach verschiedenen Modifikationen der Testauswertungsform - vor, nicht mehr als 30 % Fehler bei einer Skala zu akzeptieren.

Zur leichteren Lesbarkeit und Interpretation der PSS-25 Kennwerte soll im Folgenden ein Abriß der Interpretationsanleitung der Autoren wiedergegeben werden. Die gemessenen 25 Skalen werden bezüglich der Aspekte Konsistenz, Intensität und Dissonanz bewertet.

Intensitätswerte über ± 20 kommen bei 2.3 % aller Personen der Bezugsgruppe, über ± 30 nur noch bei 2 % der Referenzgruppe vor; Werte die von der Norm 0.0 mehr als ± 10 Einheiten abweichen können als "auffällig" interpretiert werden.

Um über die Dynamik des Einstellungssystems Auskunft zu erlangen ist es nötig, die affektive Besetzung kennenzulernen. Gehen die kognitiven und affektiven Einstellungskomponenten in eine Richtung, so sprechen die Autoren von Konsonanz; dissonante Einstellungen liegen dann vor, "wenn

- a) die affektive Besetzung eines Einstellungsobjektes bedeutend ausgeprägter ist als die Differenziertheit der Meinungskomponente;
- b) das System der Meinungen über ein Einstellungsobjekt sehr differenziert und strukturiert, die affektive und bewertende Beziehung zum Einstellungsobjekt dagegen unterentwickelt ist...

Eine hohe positive Dissonanz weist auf eine einseitig affektiv besetzte Einstellung hin und schließt eine Unterdrückung widersprechender Informationen ein. Die Meinungskomponente dieser Einstellung ist naiv und undifferenziert. Das Problem einer solchen Einstellung besteht in der dauernden Abwehr unangenehmer Informationen... . Eine hohe negative Dissonanz weist auf eine differenzierte aber affektiv unbeteiligte Meinung hin. Das Problem einer solchen Einstellung besteht in der Unmöglichkeit sich - ohne Reue - für oder gegen das Einstellungsobjekt zu entscheiden" (120, S. 67 - 68).

Die Autoren schlagen auch eine Beurteilung der Konsistenz und Kongruenzwerte vor, auf die aber hier nicht eingegangen wird.

Die Auswertung der PSS-25 Fragebögen erfolgte maschinell über ein vom BELTZ-Verlag erstelltes Programm, das die Berechnung von Gruppenmittelwerten ermöglicht. Die Weiterverrechnung wurde vom Testautor, Herrn HEHL in Heidelberg, vorgenommen. Die Gruppen 1 bis 5 im PSS-25 Protokoll entsprechen den Untersuchungsgruppen I bis V der Frauen; 6 bis 10 den Gruppen I bis V der Männer.

Die Gruppenprofile wurden auf zwei Arten ermittelt. Einmal wurden die erhobenen Rohdaten direkt über Belegleser zur Berechnung der Gruppenkennwerte errechnet. Die so gespeicherten Daten erlauben weiterführende statistische Analysen. Die zweite, hier dargestellte Methode erlaubt die verbale Interpretation der Gruppenprofile. Dazu wurden die Antworten pro Gruppe und Item auf ein Belegleserformular übertragen und wie ein Einzeltest routinemäßig ausgewertet: Die Verbalisierungen gelten also für die "Modal-Person" der jeweiligen Gruppe. Dieses Verfahren ist etwas ungenauer als die erstgenannte Methode, da bei Gleichbesetzung der Items kein Entscheidungskriterium zur Verfügung steht - hier wurde ungeachtet der Inhalte abwechselnd plus und minus eingetragen - und auch Übertragungsfehler wahrscheinlich sind. Aber für unsere Zwecke, zum "screening", um differenzierende Variablen für die einzelnen Gruppen zu finden, ist diese Variante wesentlich anschaulicher als der allein zahlenmäßige Vergleich. Im Folgenden sind die Verbalisierungen der einzelnen Gruppenkennwerte dargestellt (Tabelle 48).

INTERVIEW FÜR TESTAUSGABE 155.25 FÜR PATIENT NR. 443

EINSEITIG GEFÜHRTE EINSTELLUNGEN (HOHE INTENSITÄTEN UND GLEICHZEITIG NIEDRIGE KONSISTENZEN)

19

DER PATIENT ACHTET NICHT SEHR AUF KÖRPERPFLEGE UND FITNESS. ER MÖCHTE SEIN LEBEN GENIESSEN, UND DANIT SICH UND DEN

ANDEREN MEISEN, DASS ES AUF KÖRPERPFLEGE NICHT ANKOMMT.

KEINE EINSTELLUNGEN (AUSSCHLIESSLICH HOHE INTENSITÄTEN)

DER PATIENT ACHTET NICHT SEHR AUF DIE NÖDE.

DER PATIENT NACHT ANWEILTEN SPASS. AUCH DIE FREIZEIT "KOPFPT" ER GERN SEINER BEI, DEN FREIZEIT UND VERGEGEN IST

FÜR JENEN VERLORENE ZEIT.

DER PATIENT INTERESSIERT SICH NICHT SEHR FÜR SEINE FAMILIE.

EINSEITIG PATIOALE EINSTELLUNGEN (NIEDRIGE KONSISTENZEN)

DER PATIENT KUMBERT SICH SEHR MENIG UM SEINE FAMILIE, DAS ABER NACHT IHR SCHULDFUEHLE.

* PERSÖNLICHKEITS - SKALEN - SYSTEM 25 (P 5 25) *									

PATIENTEN-NR.	ALTEP	31-40 JAHRE	GLÜCKLICH	WEIBLICH	PERSONEN-STAND				
KÖRPERGRÖSSE	< 165 CM	GEWICHT	> 105 KG	BERUFSTELLUNG	SCHULAUSSCHUSS				

11: MINUTATION VON EINSTELLUNGSRICHTUNG -	INKOM- GRENZ	DISCO- MANZ	INTENSITÄT	KONSISTENZ	ANZAHL AN FELNITMS	INTERPRETATION VON EINSTELLUNGSRICHTUNG *			

SOCIAL KRITISCH	749-	346+	645-	153	0 VON 14	SOCIAL ANGEPASST			
SELBSTKRITISCH, OFFEN	1045+	243+	448+	159	0 VON 17	OPPORTUNISTISCH, AVERSCHL			
IN TEST NICHT OFFEN	640+	---	540+	---	0 VON 9	AUSKUNFTSBEREIT			
ZU SICH WISSEN, SORGLOS	146-	344+	547-	154	0 VON 17	ANNAHMEN, DEPRESSIV			
FRÜHGEHTIG, GESTÜRT	1645-	449-	044+	142	0 VON 22	AGGRESSIV, ERREGBAR			
SICH U. ZURÜCKGEZUGEN	2342+	748-	741+	160	0 VON 13	GESELLIG, MITTELSAM			
SICH SUCHT, NACH ALLEINSEIN	041+	346-	540+	143	0 VON 17	SPASS AN GESELLIGKEIT			
FLÄHRE, SPRUNGMUT	542-	545-	1045-	156	0 VON 16	GRUENLICH, RIGIDE			
PROGRESSIV	1642+	545-	849+	162	0 VON 12	KONSERVATIV			
ZU NUTZEN, IN BEHUF	449+	---	446+	---	0 VON 9	BERUFLICH MOBIL			
ERZIEHUNG, ZU GEHÖRSAM	549+	547-	546+	150	0 VON 9	ERZ. ZU SELBSTSTÄNDIGKEIT			
PHILIE AM KONSUM	147+	341-	646-	155	0 VON 18	SPARSAMKEIT			
NUTZUNGSABHÄNGIG	1049+	147-	546-	152	0 VON 17	MODEBEWUSST			
SCHWELLEN GENIESSER	443+	149-	247+	147	0 VON 9	SCHWELLEN FREIZEITGEGIS			
RUHRIGEN, VERKRAFFT	042+	643-	1540+	160	0 VON 19	VERSPIELT, ORIGINELL			
GEWENNENDEN OHNE RISIKO	643+	649-	444+	154	0 VON 16	GESCHAEFTLICH MACHEN			
ARBEIT GEHT VOR FREIZEIT	1648+	944-	1446+	159	0 VON 9	VERG. GEHT VOR ARBEIT			
SICH SELBST HART ANPACKEN	1248+	1240+	1649+	178	0 VON 10	SICH VERMOEHNEN LASSEN			
HOFFNUNG AUF ERFOLG	040+	848+	246-	151	0 VON 21	FURCHT VOR MISSEFOLG			
SICH VERNACHLÄSSIGEN	3641-	5140+	3940-	112	0 VON 12	SICH PFLEGEN			
KEINE GENERALISIERTE ANGST	148-	---	448-	---	0 VON 11	GENERALISIERTE ANGST			
SCHULOS SEIN, UM GESUNDHEIT	340-	---	442-	---	0 VON 9	SICH SORGEN UM GESUNDH.			
VERACHTLÄSSIGT GESUNDHEIT	1942-	1645-	1143-	119	0 VON 13	TUT VIEL FUER GESUNDH.			
LEBENSUNG VON FAMILIE	744-	1646-	1747-	163	0 VON 15	HINGADE AN FAMILIE			
SCHULOS SEIN UM FAMILIE	3492-	---	541-	---	0 VON 8	SICH SORGEN UM FAMILIE			

20

EINSEITIG GEFÜHLSBEIUNTE EINSTELLUNGEN (HOHE INTERSITÄTEN UND GLEICHZEITIG NIDRIGE KONSISTENZEN)

DER PATIENT VERFÜGT SEINE BEDÜRFSSE AUSZULEHEN UND SICH DURCH ANDERE NICHT ZU SEHR DARIN BERINGERN ZU LASSEN. ER
SIEHT NICHT EIN, WESHALB IN DIE BEFRIEDIGUNG SEINER BEDÜRFSSE WEGEN DER ANDEREN ZURÜCKSTELLEN SOLL.
DER PATIENT ACHTET NICHT SEHR AUF KÖRPERLICHE FITNESS. ER WÜNSCHT SEIN LEBEN GELASSEN UND DARF SICH UND DEN
ANDEREN BEWIESEN, DASS ES AUF KÖRPERPFLÜGE NICHT ANKOMMT.
DER PATIENT HAT BESCHWERDEN UND DAMIT VERBUNDENE SORGEN UM SEINE GESUNDHEIT IMMER WIEDER DAGATELLISTIERT, AUS SEINEM BE-
WUSSTSEIN VERKORREKT UND SEINE GESUNDHEIT NICHT STARK VERMACHPLÄSSIGT.
EXTREME EINSTELLUNGEN (AUSGESCHLIESSTLICH HOHE INTENSITÄTEN)

DER PATIENT KANN SICH SEHR LEICHT UND SCHNELL AN NEUE SITUATIONEN ANPASSEN. DIESE FLEXIBILITÄT KAN MANCHMAL Sogar ALS
SPRACHLICHE LEITUNG IN ERSCHEINUNG TRETEN.
DER PATIENT IST SEHR VERSPIELT UND MOTORISCH EXPANSIV.
DER PATIENT WACHT ARBEITEN SPASS. AUCH DIE FREIZEIT "OPFERN" ER GERN SEINER BERUF. DENN FREIZEIT UND VERGNEUGEN IST
FÜR IMR EINE VERLORENE ZEIT.
EINSEITIG PATIOIALE EINSTELLUNGEN (NIDRIGE KONSISTENZEN)

DER PATIENT KÜMMERT SICH SEHR WENIG UM SEINE FAMILIE. DAS AUER MACHT IMR SCHULDEGEFÜHL.

INTERVIEW: ZUR TESTAUSWERTUNG, PSS 25 FÜR PATIENT NR 405

EINSEITIG GEFÜHRSBETONTE EINSTELLUNGEN (HOHE INTENSITÄTEN UND GLEICHZEITIG NIEDRIGE KONSISTENZEN)

DER PATIENT ACHTET NICHT SEHR AUF KÖRPERPFLEGE UND FITNESS. ER MÜCHTE SEIN LEBEN GENIESSEN, UND DAMIT SICH UND DEN

ANDEREN BEWEISEN, DASS ES AUF KÖRPERPFLEGE NICHT ANKOMMT.

EXTREME EINSTELLUNGEN (AUSSCHLIESSLICH HOHE INTENSITÄTEN)

DER PATIENT ACHTET NICHT SEHR AUF DIE MODE.

DEN ANDEREN WICHTIG WAGT ARBEITEN SPASS. AUCH DIE FREIZEIT "OPELRT" ER GERNE SEINEM BERUF, DENN FREIZEIT UND VERGUEGEN IST

FÜR IM ZUM VERLORENE ZEIT.

DER PATIENT VERSUCHT SEINE BEDÜRFNISSE AUSZULEBEN UND SICH DURCH ANDERE NICHT ZU SEHR DARIN BEHINDERN ZU LASSEN.

DER PATIENT EMPFINDET SICH ALS WENIGER BEENGSTLICH.

DER PATIENT INTERESSIERT SICH NICHT SEHR FÜR SEINE FAMILIE.

PÄTTERIN-NR. 566		ALTER 31-40 JAHRE	GESCHLECHT WEIBLICH	PERSONEN-STAND	SCHULABSCHLUSS
ACHTERGESSENDE 105-170CM	GEWICHT 81-85 KG	BERUF-STELLUNG			
INTERPRETATION VON EINSTELLUNGSKRICHTUNG	INKUN- GRENZ	DISSE- MANZ	KONSTI- JENZ	ANZAHL AN FEHLTENS	INTERPRETATION VON EINSTELLUNGSKRICHTUNG
SOZIAL KRITISCH	9-8-	21-9+	13-1-	0 VON 14	SOZIAL ANGEPASST
SELBSTKRITISCH, OFFEN	5-9+	8-4+	6-4-	0 VON 17	OPPORTUNISTISCH-VERSCHL
IN TEST NICHT OFFEN	10-9+	--	10-9+	0 VON 9	AUSKUNFTSBEREIT
SELBSTBEWUSST, SONOLUS	4-6-	12-0+	9-9-	0 VON 17	ABHÄNGIGT, DEPRESSIV
FRÜHGEFÜHRT, GESTÜRT	10-4-	2-1-	5-9+	0 VON 22	AGGRESSIV, ERPEGBAR
SCHIEF, ZURÜCKGEZUGEN	15-6+	0-0-	0-3+	0 VON 13	GESELLIG, MITTELSAM
SCHWACH, NACH ALLEINSEIN	2-5+	2-4+	1-6+	0 VON 17	SPIASS AN GESELLIGKEIT
FLXIBEL, SPRÜHWÄRT	1-1-	4-9-	7-5-	0 VON 18	GRÜNDLICH, RIGIDE
PRÜHENSIV	25-8-	5-3-	14-2+	0 VON 12	KONSERVATIV
ZUFRLAESSIG IM BEUF	12-7+	--	14-3+	0 VON 9	BERUF LICH MOBIL
ERZIEHUNG ZU GEHORSAM	4-0-	10-8+	10-0-	0 VON 9	ERZIEHUNGSELBSTÄNDIGKEIT
BELOUF IM KONSUM	7-6-	17-7+	14-2-	0 VON 18	SPARSAMKEIT
MÜDEUNAHÄNGIG	4-3+	10-2+	13-9-	0 VON 17	MODERWUSST
SEXUELL GEHEMT	9-2+	0-6+	8-4+	0 VON 9	SEXUELL FREIZUEGIG
NULCHTEN, VERKRAFFT	5-1-	6-0-	11-5+	0 VON 19	VERSPIELT, ORIGINELL
GELDENVERFÜHREN OHNE RISIKO	5-4+	0-8+	0-6+	0 VON 16	GESCHÄFTE MACHEN
REHEIT GEHT VON VERGNÜGEN	10-1+	0-5+	6-7+	0 VON 9	VERGN. GEHT VOR ARBEIT
SICH SELBST HART ANPACKEN	12-2+	17-0+	16-9+	0 VON 10	SICH VERNOHMEN LASSEN
MOHENIC AUF EPPOLG	7-7+	5-6+	6-5-	0 VON 21	FURCHT VOR MISSEFOLG
SICH VERNACHLAESSIGEN	21-9-	25-5+	30-9-	1 VON 12	SICH PFLEGEN
KEINE GENERALISIERTE ANGST	14-4-	--	15-5-	0 VON 11	GENERALISIERTE ANGST
SONGLUS SEIN UM GESUNDHEIT	1-5-	--	4-2-	0 VON 9	SICH SORGEN UM GESUNDH.
VERNACHLAESSIGT GESUNDHEIT	13-7-	17-1+	11-3-	0 VON 13	TUT VIEL FUER GESUNDH.
LÖSUNG VON FAMILIE	12-6-	10-8-	20-6-	0 VON 15	HINGABE AN FAMILIE
SONGLUS SEIN UM FAMILIE	5-8+	--	5-1-	0 VON 8	SICH SORGEN UM FAMILIE

2 DER PATIENT IST SEHR ZUR SELBSTWERTUNG, PSS 25 FÜR PATIENT NR. 466

3 ER HAT EINE GEGENSTÄNDLICHE EINSTELLUNG (HOHE INTENSITÄTEN UND GLEICHZEITIG NIEDRIGE KONSTANZEN)

4 DER PATIENT IST SICH SELBST GEGENÜBER RECHT KRITISCH, FÜR SEIN MISSGESCHICK MACHT ER SICH SÜNDIG, VERFÄHRLICH,

5 ER HAT ERKLETT ES IHM GERÄDEZU EINE FREUDE, WENN ER SICH SELBST BEZÜCHTIGEN KANN, LEIDLICH, ABER KRIEFT ER, DURCH

6 SEINE SELBSTBESCHÜDIGUNGEN VON ANDEREN ERSTER GENOMMEN ZU WERDEN,

7 DER PATIENT MACHT DAS KAUFEN UND ANSCHAFEN BESSEREN SPASS, DABEI ACHTET ER WENIG DARAUF, WAS ES KOSTET,

8 DER PATIENT VERSUCHT, SEINE BEDÜRFNISSE AUSZULEBEN UND SICH DURCH ANDERE NICHT ZU SEHR DARIN GEMEINEN ZU LASSEN, ER

9 DIENT NICHT EIN, WESHALB ER DIE BEFRIDIGUNG SEINER BEDÜRFNISSE WENIG DER ANDEREN ZURÜCKSTELLEN SOLL,

10 DER PATIENT ACHTET NICHT SEHR AUF KÖRPERPFLEGE UND FITNESS, ER MÖCHTE SEIN LEBEN GENIESSEN, UND DAMIT SICH UND DEN

11 ANDEREN BEFRIEDIGEN, DASS ES AUF KÖRPERPFLEGE NICHT ANKOMMT,

12 DER PATIENT HAT BESCHWERDEN UND DAMIT VERBUNDENE SORGEN, UM SEINE GESUNDHEIT INNER WIEDER ABGABELIERT, AUS SEINEM BE-

13 WUSST SEIN VERDÄCHTIG UND SEINE GESUNDHEIT RECHT STARK VERWACHLAESST,

14 EXTERNE EINSTELLUNGEN (AUSSCHLIESSLICH HOHE INTENSITÄTEN)

15 DER PATIENT IST AUSGEPRÄGT DURCH SEINE PSYCHOLOGEN UND ARZTEN OFFEN VON SEINEM PROBLEM ZU BERICHTEN,

16 DER PATIENT HÄLT DIE VORSTELLUNGEN DER FRÜHEREN GENERATIONEN RICHTIGER ALS NEUERE AUFFASSUNGEN,

17 DER PATIENT STEHT IN SEINEM BERUF EHER EINEN JOB, DEN MAN ERGREIFT, WEIL ER VIEL GELD BRINGT UND WENIG ERFAHRUNG FOR-

18 DERT,

19 DER PATIENT IST SEHR DAFÜR, KINDER WENIGER ZU SELBSTÄNDIGKEIT ALS ZU GEHORSAMKEIT ZU ERZIEHEN,

20 DER PATIENT ACHTET NICHT SEHR AUF DIE MODE,

21 DER PATIENT IST SEHR VERSPIELT UND NOTORISCH EXPANSIV,

22 DER PATIENT EMPFINDET SICH ALS WENIG AENGSTLICH,

23 DER PATIENT INTERESSIERT SICH NICHT SEHR FÜR SEINE FAMILIE,

24 EINSETZIG MATRIOMIALE EINSTELLUNGEN (NIEDRIGE KONSTANZEN)

25 DER PATIENT KENNEN SICH SEHR WENIG UM SEINE FAMILIE, DAS ABER MACHT IHM SCHULDEGEFÜHLE,

1	PATIENTEN-GR.	467	ALTER	31-40 JAHRE	GESCHLECHT	WEIBLICH	PERSONEN-STAND	
2	KÖRPERGRÖSSE	< 165 CM	GEWICHT	> 105 KG	BERUFSTELLUNG		SCHULABSCHLUSS	
3	INTERPRETATION VON EINSTELLUNGSRICHTUNG	INFORM- GRENZ	DISSE- KONZ	DIFFER- TENZ	KONZIS- TENZ	ANZAHL AN FÄHLEITEN	INTERPRETATION VON EINSTELLUNGSRICHTUNG	
4	SOCIAL KRITISCH	11.7	19.4	13.2	37	0 VON 14	SOZIAL ANGEPAST	
5	SELBSTKRITISCH, OFFEN	3.4	9.4	6.5	39	0 VON 17	OPPORTUNISTISCH, VERSCHL	
6	IN TEST NICHT OFFEN	2.0	--	6.9	--	0 VON 9	AUSKUNFTSBEREIT	
7	STRENGENESS, SORGLOS	0.1	0.8	2.9	58	0 VON 17	AUFGANG, DEPRESSIV	
8	FIDELITÄT, GESTÜRT	6.5	1.8	6.6	52	0 VON 22	AGGRESSIV, ERREGBAR	
9	SCHU, ZURÜCKGEZOGEN	19.2	7.8	7.1	60	0 VON 13	GESELLIG, MITTELSAM	
10	SEHSÜCHT NACH ALLEINSEIN	2.7	7.1	7.1	50	0 VON 17	SPASS AN GESELLIGKEIT	
11	FLEXIBEL, SPRUNGHAF	1.6	1.8	1.6	74	0 VON 18	GRÜNDLICH, RIGIDE	
12	PRÜGNESSIV	7.2	0.4	3.5	55	0 VON 12	KONSERVATIV	
13	ZUVERLÄSSIG IM BERUF	0.8	--	2.7	--	0 VON 9	BERUFLICH MOBIL	
14	ERZIEHUNG ZU GEHORSAM	5.2	5.7	5.6	90	0 VON 9	ERZ. ZU SELBSTÄNDIGKEIT	
15	FREUDE AM KUNSTUM	6.0	2.1	6.6	53	0 VON 18	SPARSAMKEIT	
16	KÖRPERNÄHRGANG	9.6	6.6	2.3	61	0 VON 17	MODEBEMUSST	
17	SEXUELL GEHEMT	7.1	0.6	8.4	62	0 VON 9	SEXUELL FREIZÜGIG	
18	NECHTERN, VERKAMPFT	9.8	4.8	7.2	49	0 VON 19	VERSPIELT, ORIGINELL	
19	GLOVEPULIERN OHNE RISIKO	3.7	12.3	9.5	34	0 VON 16	GESCHAFTE MACHEN	
20	ALLES GUT VOR VERGÄNGEN	12.5	9.4	14.8	59	0 VON 9	VERGÄ. GEHT VOR ARBEIT	
21	SICH SELBST HART ANPACKEN	12.5	8.5	16.9	47	0 VON 10	SICH VERWOHNEN LASSEN	
22	WICHTIGKEIT AUF ERFOLG	13.6	9.5	0.4	56	0 VON 21	FURCHT VOR MISSEERFOLG	
23	SICH VERWACHSELN	30.2	35.1	30.9	22	0 VON 12	SICH PFLEGEN	
24	KLEINE GENERALISIERTE ANGST	10.8	--	10.2	--	0 VON 11	GENERALISIERTE ANGST	
25	SORGLOS SEIN UM GESUNDHEIT	1.9	--	0.1	--	0 VON 9	SICH SORGEN UM GESUNDH.	
26	VERWACHSELN GESUNDHEIT	11.7	4.5	1.9	29	0 VON 13	TUT VIEL FÜR GESUNDH.	
27	LOSUNG VON FAMILIE	23.7	1.3	24.2	47	0 VON 15	HINGABE AN FAMILIE	
28	SORGLOS SEIN UM FAMILIE	2.0	--	0.6	--	0 VON 8	SICH SORGEN UM FAMILIE	

INTERVIEWEN, ZUM TESTAUSWERTUNG - PSS 25 - FÜR PATIENT-NR. 467

EINSEITIG, GEFÜHRSHETOMTE EINSTELLUNGEN (HOHE INTENSITÄTEN UND GLEICHZEITIG NIEDRIGE KONSTENZEN)

50

DER PATIENT IST SICH SELBST GEGENÜBER RECHT KRITISCH, FÜR SEIN MISSESCHICK MACHT ER SICH SELBST VERANTWÖRTLICH,

MANCHMAL GERECHT, ES IHM GERADEZU EINE FREUDE, WENN ER SICH SELBST BEZICHTIGEN KANN, LETZTLICH AUCH HOFFT ER, DURCH

VIELE, SELBSTBEZICHTIGEN VON ANDEREN ERNSTER GENOMMEN ZU WERDEN.

DER PATIENT ACHEIT NICHT SEHR AUF KOERPERPFLGE UND FITNESS, ER MÖCHTE SEIN LEBEN GENIESSEN, UND DAMIT SICH UND DEN

ANDEREN BEWEISEN, DASS ES AUF KOERPERPFLGE NICHT ANKOMMT.

EXTREME EINSTELLUNGEN (AUSCHLIESSLICH HOHE INTENSITÄTEN)

DER PATIENT MACHT ARBEITEN SPASS, AUCH DIE FREIZEIT "OPPERT" ER GERN SEINEM BERUF, DENN FREIZEIT UND VERGNEGEN IST

FÜR IHN EINE VERLORENE ZEIT.

DER PATIENT VERSUCHT, SEINE BEFÜHRFISSE AUSZULEBEN UND SICH DURCH ANDERE NICHT ZU SEHR DARIT BEHINDERN ZU LASSEN,

DER PATIENT EMPFINDET SICH ALS WENIGER ANGSTLICH.

DER PATIENT KUERNERT SICH UBERHAUPT NICHT SEHR FÜR SEINE FAMILIE.

PERSÖNLICHKEITS - SKALEN - SYSTEM 25 (P S S) * 12.05.78

 PATIENTEN-NR. 668 ALTER 31-40 JAHRE GESCHLECHT MÄNNLICH PERSÖNLICH-STAND SCHULABSCHLUSS
 KÖRPERGRÖSSE 171-175CM GEWICHT > 105 KG BERUFSSTELLUNG

 1. INTERPRETATION VON INKOM- DISSO- INTENS- KONS- AZAHL AN INTERPRETATION VON
 2. EINSTELLUNGSRICHTUNG. GRUENZ NAYZ TÄT FÄHIGKEIT FÄHIGKEIT EINSTELLUNGSRICHTUNG

 3. SOZIAL KRÄFTIG 610- 413- 812- 312- 0 VON 14- SOZIAL ANGEPASST
 4. SELBSTKRÄFTIG, OFFEN 1310- 613- 412- 105- 0 VON 17- OPPORTUNISTISCH-VERSCHL
 5. IN TEST NICHT OFFEN 1117- -- 1611- -- 0 VON 9- AJSKUNFTSBEREIT
 6. SELBSTBEWUSST, SORGLOS 213- 917- 611- 145- 0 VON 17- ABHÄNGIG, DEPRESSIV
 7. FREIFÜHRIG, GESTÜRT 512- 1012- 310- 133- 0 VON 22- AGGRESSIV, ERREGBAR
 8. SCHLU, ZURÜCKGEZOGEN 719- 817- 116- 175- 0 VON 13- GESELLIG, MITTELSAM
 9. SICH SUCHT NACH ALLEINSEIN 315- 219- 516- 140- 0 VON 17- SPASS AN GESELLIGKEIT
 10. FLEXIBEL, SPURGHAF 611- 211- 110- 176- 0 VON 18- GRÜNDLICH, RIGIDE
 11. PASSIV 2211- 510- 1316- 172- 0 VON 12- KONSERVATIV
 12. ZUVERLÄSSIG, IM BERUF 615- -- 613- -- 0 VON 9- BERUFLICH MOBIL
 13. ZIEHMUS ZU GEHORSAM 610- 510- 517- 190- 0 VON 9- ERZÜ SELBSTÄNDIGKEIT
 14. FREUDE AM KONSUM 219- 215- 710- 148- 0 VON 18- SPARSAMKEIT
 15. MODERATABHÄNGIG 119- 016- 411- 149- 0 VON 17- NÖDEBEWUSST
 16. SEXUELL GEHEMT 519- 315- 513- 176- 0 VON 9- SEXUELL FREIZUEGIG
 17. RUCHTERN, VERKRAMPFT 014- 310- 018- 155- 0 VON 19- VERSPIELT, ORIGINELL
 18. GELDVERDIENEN OHNE RISIKO 413- 418- 018- 154- 0 VON 16- GESCHALFTE MACHEN
 19. ARBEIT GEHT VON VERNUEGEN 415- 1012- 119- 135- 0 VON 9- VERGN. GEHT VOR ARBEIT
 20. SICH SELBST HART ANPACKEN 415- 312- 316- 157- 0 VON 10- SICH VERNOHMEN LASSEN
 21. HILFENUNG AUF ERFOLG 516- 1913- 411- 132- 0 VON 21- FÜRCHT VOR MISSEFOLG
 22. SICH VERNÄCHLÄSSIGEN 818- 1210- 1215- 135- 0 VON 12- SICH PFLEGEN
 23. KEINE GENERALISIERTE ANGST 113- -- 410- -- 0 VON 11- GENERALISIERTE ANGST
 24. SORGLOS SEIN UM GESUNDHEIT 610- -- 212- -- 0 VON 5- SICH SORGEN UM GESUNDH.
 25. VERNÄCHLÄSSIGT GESUNDHEIT 210- 213- 218- 136- 0 VON 13- TUT VIEL FÜR GESUNDH.
 26. LÖSUNG VON FAMILIE 916- 813- 1516- 154- 0 VON 15- HINGABE AN FAMILIE
 27. SORGLOS SEIN UM FAMILIE 312- -- 814- -- 0 VON 8- SICH SORGEN UM FAMILIE

INTERVIEW FÜHRT ZUR TESTAUSWERTUNG BIS 29. JULI 1976

EINSEITIG GE FÜHLSBETONTE EINSTELLUNGEN (HOHE INTENSITÄTEN UND GLEICHZEITIG NIEDRIGE KONSTANZEN)

18

DER PATIENT IST NICHT EHRGEIZIG, ER IST ÜBERZEUGT, DASS ER SCHON ALLES IRGENDWIE MEISTERN WIRD UND DASS IHM SEIN GLÜCK

DAUER NICHT IM STICH LÄSST,

DER PATIENT ACHTET NICHT SEHR AUF KÖRPERPFLEGE UND FITNESS, ER MÖCHTE SEIN LEBEN GENIESSEN, UND DAMIT SICH UND DEN

ANDEREN ANWEISEN, DASS ES AUF KÖRPERPFLEGE NICHT ANKOMMT,

GEHT IN EINSTELLUNGEN (AUSSCHLIESSLICH HOHE INTENSITÄTEN)

DER PATIENT IST AUSSERORDENTLICH GEFÜHL, PSYCHOLOGEN UND ÄRZTEN OFFEN VON SEINEN PROBLEMEN ZU BERICHTEN,

DER PATIENT FINDET DIE VORSTELLUNGEN DER FRÜHEREN GENERATIONEN RICHTIGER ALS NEUERE AUFFASSUNGEN,

DER PATIENT INTERESSIERT SICH NICHT SEHR FÜR SEINE FAMILIE,

1. PATIENT ZU TAGESBEREICH 55 25 FÜR PATIENTEN 609
 2. EINSETZIG BEFUEHLSBETRIEBE EINSTELLUNGEN (HOHE INTENSITÄTEN UND GLEICHZEITIG NIEDRIG KONSISTENZEN)
 3. 20
 4. 20
 5. 20
 6. 20
 7. 20
 8. 20
 9. 20
 10. 20
 11. 20
 12. 20
 13. 20
 14. 20
 15. 20
 16. 20
 17. 20
 18. 20
 19. 20
 20. 20
 21. 20
 22. 20
 23. 20
 24. 20
 25. 20
 26. 20
 27. 20
 28. 20
 29. 20
 30. 20
 31. 20
 32. 20
 33. 20
 34. 20
 35. 20
 36. 20
 37. 20
 38. 20
 39. 20
 40. 20
 41. 20
 42. 20
 43. 20
 44. 20
 45. 20
 46. 20
 47. 20
 48. 20
 49. 20
 50. 20
 51. 20
 52. 20
 53. 20
 54. 20
 55. 20
 56. 20
 57. 20
 58. 20
 59. 20
 60. 20
 61. 20
 62. 20
 63. 20
 64. 20
 65. 20
 66. 20
 67. 20
 68. 20
 69. 20
 70. 20
 71. 20
 72. 20
 73. 20
 74. 20
 75. 20
 76. 20
 77. 20
 78. 20
 79. 20
 80. 20
 81. 20
 82. 20
 83. 20
 84. 20
 85. 20
 86. 20
 87. 20
 88. 20
 89. 20
 90. 20
 91. 20
 92. 20
 93. 20
 94. 20
 95. 20
 96. 20
 97. 20
 98. 20
 99. 20
 100. 20

* PERSÖNLICHKEITS - SKALEN * SYSTEM 25 (P S S 25) *
 * 12.05.78 * 29.11.78 *

PATIENTEN-NR. 470 ALTER 31-40 JAHRE GESCHLECHT MÄNNLICH PERSÖNLICH-STAND SCHULAUSSCHLUSS
 KÖRPERGRÖSSE 176-180CM GEWICHT 81-85 KG UBERUFSSTÜLLUNG

30
 INTERPRETATION VON KONSUM- DISSO- INTERNS- KONSUM- ANZAHL AN INTERPRETATION VON
 EINSTELLUNGSKRICHUNG - GRUENZ- MANZ- IAKT- FEHLITEMS EINSTELLUNGSKRICHUNG

1	SOZIAL KRITISCH	11.1	21.3	8.2	5.6	0 VON 14	SOZIAL ANGEPAßT
2	SELBSTKRITISCH OFFEN	24.4	21.1	17.1	7.7	0 VON 17	OPPORTUNISTISCH-VERSCHL
3	IN TEST NICHT OFFEN	3.6	--	3.1	--	0 VON 9	AUSKUNFTSBEREIT
4	SELBSTBESÜSST SORGLÖS	0.4	16.6	9.6	3.8	0 VON 17	ABWÄNDIG DEPRESSIV
5	FRIEDFERTIG GESTEVERT	8.0	2.9	0.4	1.8	0 VON 22	AGGRESSIV ERREGBAR
6	SCHÜTZ ZURÜCKGEZOGEN	11.6	8.7	1.6	7.5	0 VON 13	GESELLIG MITTELSAM
7	SEHNSUCHT NACH ALLEINSEIN	9.4	11.1	1.6	5.4	0 VON 17	SPASS AN GESELLIGKEIT
8	FLIXHEIL SPRUNGHAF	9.0	6.4	10.5	5.9	0 VON 18	GRUENDLICH RIGIDE
9	PROGRESSIV	10.3	5.7	1.2	4.7	0 VON 12	KONSERVATIV
10	ZUFVERLAESSIG IM BERUF	11.7	--	10.8	--	0 VON 9	BERUFELICH MOBIL
11	ERZIEHUNG ZU GEHORSAM	4.6	9.4	0.2	8.0	0 VON 9	ERZUJ SELBSTAENDIGKEIT
12	FREUDE AM KONSUM	6.4	7.4	9.0	4.2	0 VON 18	SPARSAMKEIT
13	MODEUNABHAENGIG	10.7	9.5	1.4	1.7	0 VON 17	MODERBESÜSST
14	SEXUELL GEHEIMNI	5.0	6.1	0.1	6.0	0 VON 9	SEXUELL FREIZUEGIG
15	MUECHTERN VERKRAEFT	1.7	5.4	4.8	5.0	0 VON 19	VERSPIELT ORIGINAL
16	GELDVERLOREN OHNE RISIKO	13.3	16.7	12.8	3.4	0 VON 16	GESCHAEFTE MACHEN
17	ARBEIT GEHT VOR VERGNUEGEN	4.4	14.5	1.9	1.8	0 VON 9	VERGEGEN VOR ARBEIT
18	SICH SELBST HART ANPACKEN	7.7	1.7	8.9	7.9	0 VON 10	SICH VERMOEHNEN LASSEN
19	HOEFUNG AUF ERFOLG	12.7	15.6	14.1	1.7	0 VON 21	FURCHT VOR MISSEFOLG
20	SICH VERNAECHLAESSIGEN	20.4	25.3	23.7	1.9	0 VON 12	SICH PFLEGEN
21	KEINE GENERALISIERTE ANGST	9.9	--	13.7	--	0 VON 11	GENERALISIERTE ANGST
22	SORGLÖS SEIN UM GESUNDHEIT	13.8	--	14.6	--	0 VON 9	SICH SORGEN UM GESUNDH
23	VERHÄLTNISSIG GESUNDHEIT	3.0	3.5	1.1	2.7	0 VON 13	TUT VIEL FUER GESUNDH
24	LOESUNG VON FAMILIE	8.2	2.8	2.9	1.2	0 VON 15	HINGABE AN FAMILIE
25	SCHÜSSELN SEIN UM FAMILIE	14.8	--	6.0	--	0 VON 8	SICH SORGEN UM FAMILIE

EINSEITIG GEFUEHLSBETONTE EINSTELLUNGEN (HOHE INTENSITAETEN UND GLEICHZEITIG NIEDRIGE KONSTENZEN)

DER PATIENT HAERGT NICHT SEHR AN SEINEM BERUF, ES IST FÜR IHM EIN NOTWENDIGES ÜBEL, SICH GEGEN ARMUT UND SCHICKSAL AB-

ZUSICHERN, SEIN BESTREBEN IST DER SICHERHEIT, ALLE WIRTSCHAFTSKRISEN UEBERDAUERENDE ARBEITSPLATZ, DER IHM NICHT MEHR GENOM-

MEN KÖNNEN.

DER PATIENT IST NICHT EHRGÜLTIG, ER IST ÜBERZEUGT, DASS ER SCHON ALLES IRGENDWIE MEISTERN WIRD UND DASS IHM SEIN GLECK

DABEI NICHT IM STICH LÄSST.

DER PATIENT ACHTET NICHT SEHR AUF KÖRPERPFLEGE UND FITNESS, ER MÖCHTE SEIN LEBEN GENIESSEN, UND DAMIT SICH UND DEN

ANDEREN BEFRIEDEN, DASS ES AUF KÖRPERPFLEGE NICHT ANKOMMT.

EXTRIMERE EINSTELLUNGEN (AUSSCHLIESSLICH HOHE INTENSITAETEN)

DER PATIENT FUHRT SICH ZUMINDEST BEIM AUSFÜHLEN DES FRAGEBÜGENS IN EINE VERTEIDIGUNGSPOSITION GEDRANGT, DAHER

VERSUCHT ER SICH DABEICH ABZUSICHERN, DASS ER NACH AUSSERN EINEN MÖGLICHSST POSITIVEN EINDRUCK MACHT.

DER PATIENT KAN NICHT SEHR LEICHT UND SCHNELL AN NEUE SITUATIONEN ANPASSEN, DIESE FLEXIBILITAET MAG MANCHMAL Sogar ALS

SPRUNGARTIGKEIT IN ERSCHEINUNG TRETEN.

DER PATIENT BEIHT IN SEINEM BERUF EHER EINEN JOB, DEN MAN ERERBT, WEIL ER VIEL GELD BRINGT UND WENIG ERFAHRUNG FOR-

DERE.

DER PATIENT EMPFINDET SICH ALS WENIGER ANGESTICH.

DER PATIENT IST WEGEN SEINER GESUNDHEIT NICHT BESORGT.

EINSEITIG RATIONALE EINSTELLUNGEN (NIEDRIGE KONSTENZEN)

DER PATIENT IST ZWAR GESELLIG, HAT ABER EIN EBENSOWENIG GROSSES BEDÜRFNIS, SICH IN DIE EIGENEN VIER WÄNDE ZURÜCKZUZIEHEN.

* PERSÖNLICHKEITS - SKALEN * SYSTEM 25 (P S S 25) * * 12.05.78 *

 PATIENTEN-NR. 471 ALTER 31-40 JAHRE GESCHLECHT MÄNNLICH PERSÖNLICH-STATUS
 KULTURPROZESS 176-180CW SEXUALITÄT 101-105 BERUFSTELLUNG SCHULABSCHLUSS

 40
 INTERPRETATION VON EINSTELLUNGSPRÜFUNG - INKON- DISSO- INTENSIV- KONSIS- ANZAHL AN INTERPRÉTATION VON
 GRÜNZ- FAH2- TÄLT- TENZ- FEHLERS- EINSTELLUNGSRICHTUNG *

 1. SOZIAL KRITISCH 17.1- 27.1- 17.1- 131 0 VON 14 SOZIAL ANGEPAßT
 2. SELBSTKRITISCH, OFFEN 19.4- 0.8- 4.2- 144 0 VON 17 OPPORTUNISTISCH, VERSCHL
 3. 1/2 TEST NICHT OFFEN 2.8- - 2.4- - 0 VON 9 AUSKUNFTSBEREIT
 4. SELBSTBEWUSST, SOZIALLOS 10.8- 2.3- 5.1- 159 0 VON 17 ABHÄNGIG, DEPRESSIV
 5. FRIEDLICH, GESTÜRT 2.6- 0.6- 7.3- 160 0 VON 22 AGGRESSIV, ERREGBAR
 6. SCHOON, ZURÜCKGEZOGEN 17.0- 8.9- 1.6- 176 0 VON 13 GESELLIG, MITTELSAM
 7. STÄRKT NACH ALLEINSEIN 6.3- 12.6- 17.7- 166 0 VON 17 SPASS AN GESELLIGKEIT
 8. FLEXIBEL, SPRUNGHAF 11.5- 0.2- 14.3- 151 0 VON 18 GRUENLICH, RIGIDE
 9. PUGNATIV 2.4- 6.2- 1.2- 145 0 VON 12 KONSERVATIV
 10. ZUWENIGSTIG IM BERUF 2.9- - 2.1- - 0 VON 9 BERUFELICH MOBIL
 11. ERLEBNIS ZU GEHÖRSAM 9.5- 0.6- 11.2- 100 0 VON 9 ERZIEHUNGSELBSTÄNDIGKEIT
 12. FREUD AN KUNST 4.4- 4.1- 4.4- 156 0 VON 18 SPARSAMKEIT
 13. MOßVORABHÄNGIG 12.5- 3.3- 24.1- 155 0 VON 17 MODEBEWUSST
 14. SEXUELL GEHEMT 5.4- 1.8- 3.3- 160 0 VON 9 SEXUELL FREIZUGIG
 15. ANSCHULLEN, VERKRAIPET 2.2- 6.2- 8.1- 172 0 VON 19 VERSPIELT, ORIGINELL
 16. GELDUNGEN OHNE RISIKO 4.3- 3.9- 8.3- 149 0 VON 16 GESCHAFTE MACHEN
 17. ARBEIT GEHT VOR VERGNÜGEN 10.4- 4.3- 13.6- 140 0 VON 9 VERGEGEN, GEHT VOR ARBEIT
 18. SICH SELBST HART ANPACKEN 4.1- 0.8- 8.9- 165 0 VON 10 SICH VERMOEHNEN LASSEN
 19. MEHRERE AUF ERFOLG 2.2- 16.3- 14.1- 136 0 VON 21 FURCHT VOR MISSEFOLG
 20. SICH VERMACHLASSIGEN 6.4- 19.6- 17.7- 134 0 VON 12 SICH PFLEGEN
 21. KEINE GENERALISIERTE ANGST 4.5- - 0.8- - 0 VON 11 GENERALISIERTE ANGST
 22. SOZIALS SEIN UM GESUNDHEIT 0.6- - 2.0- - 0 VON 9 SICH SORGEN UM GESUNDH.
 23. VERMACHLASSIGT GESUNDHEIT 16.5- 10.7- 3.7- 155 0 VON 13 TUT VIEL FÜR GESUNDH.
 24. LÖSUNG VON FAMILIE 17.3- 7.8- 15.6- 153 0 VON 15 HINGABE AN FAMILIE
 25. SOZIALS SEIN UM FAMILIE 7.3- - 2.7- - 0 VON 8 SICH SORGEN UM FAMILIE

INTERVIEWEN ZUR TESTAUSWERTUNG, PSS. 25. FÜR PATIENT-NR. 4/1

EINSEITIG (EHPFLIGKEITEN) EINSTELLUNGEN (HOHE INTENSITÄTEN UND GLEICHZEITIG NIEDRIGE KONSISTENZEN)

407

DER PATIENT IST SICH SELBST GEGENÜBER RECHT KRITISCH, FÜR SEIN MISSESCHICK MACHT ER SICH SELBST VERANTWORTLICH.

MANCHMAL EMPFINDET ES IHM GERADEZU EINE FREUDE, WENN ER SICH SELBST BEZÜCHTIGEN KANN, LETZTLICH ABER HÖFT ER, DURCH

DIESE BEWUSSTBEZÜCHTIGUNGEN VON ANDEREN ERNSTER GENOMMEN ZU WERDEN.

DER PATIENT ÄCHTET NICHT AUF DIE MODE, DIE MODE IST IHM ZU KÜRZELIG, ER ORIENTIERT SICH AN STABILIEREN WERTEN. DAS

SPRUNGHAFTE DER MODE MAG IHN ÄNGSTIGEN.

DER PATIENT IST NICHT EHRGEIZIG, ER IST ÜBERZEUGT, DASS ER SCHON ALLES IRGENDWIE MEISTERN WIRD UND DASS IHM SEIN GLÜCK

DAHEIN NICHT IM SICH LÄSST.

DER PATIENT ÄCHTET NICHT SEHR AUF KÖRPERPFLEGE UND FITNESS, ER WÜNSCHTE SEIN LEBEN GENIESSEN, UND DAMIT SICH UND DEN

ANDEREN BEWEISEN, DASS ES AUF KÖRPERPFLEGE NICHT ANKOMMT.

EXTREME EINSTELLUNGEN (AUSSCHLIESSLICH HOHE INTENSITÄTEN)

DER PATIENT KANN SICH SEHR LEICHT UND SCHNELL AN NEUE SITUATIONEN ANPASSEN, DIESE FLEXIBILITÄT MAG MANCHMAL Sogar ALS

SPRACHLICHE FREIHEIT IN ERSCHEINUNG TRETEN.

DER PATIENT IST SEHR DAFÜR, KINDER WENIGER ZU GEHORSAMKEIT ALS ZU SELBSTÄNDIGKEIT ZU ERZIEHEN.

DEM PATIENTEN MACHT ARBEITEN SPASS, AUCH DIE FREIZEIT HOPFERTE ER GERN SEINEM BERUF, DENN FREIZEIT UND VERKÜNGEN IST

FÜR IHN EINE VILNOMME ZEIT.

DER PATIENT INTERESSIERT SICH NICHT SEHR FÜR SEINE FAMILIE.

EINSEITIG NATIONALE EINSTELLUNGEN (NIEDRIGE KONSISTENZEN)

DER PATIENT IST ZWAR GESELLIG, HAT ABER EIN EBENSOGROSSES BEDÜRNIS, SICH IN DIE EIGENEN VIER WÄNDE ZURÜCKZUZIEHEN.

10.11. ZUR TESTAUSWERTUNG PSS 25 FÜR PATIENT-NR. 472

EINSEITIG GEFÜHRLEBTE EINSTELLUNGEN (HÖHE INTENSITÄTEN UND GLEICHZEITIG NÜTZLICHE KONSISTENZEN)

DER PATIENT ACHTET NICHT SEHR AUF KÖRPERPFLEGE UND FITNESS, ER MÖCHTE SEIN LEBEN GENIESSEN, UND DAMIT SICH UND DEN

ANDEREN GEBÄHMEN, DASS ES AUF KÖRPERPFLEGE NICHT ANKOMMT.

ER HAT KEINE EINSEITIGEN (AUSSCHLIESSLICH HOHE INTENSITÄTEN)

DER PATIENT IST GESELLIG UND LIEBT AUCH GRÖßERE GESELLIGE VERANSTALTUNGEN.

DER PATIENT INTERESSIERT SICH NICHT SEHR FÜR SEINE FAMILIE

Tabelle 48

Der Vergleich der Skalen-Mittelwerte

Die gewählte Form der PSS-25 Ergebnisdarstellung ermöglicht zwar eine anschauliche Beschreibung der besonderen Gruppenmerkmale, erschwert jedoch das Erkennen der Unterschiede zwischen den Gruppen. Tabelle 49 gibt die Skalen und Gruppen an, die sich durch signifikante t-Werte unterscheiden. * und ** stehen für das 5 und 1 %-Signifikanz-Niveau.

Gruppe	Skalen-Nr.	
	Frauen	Männer
I : II	15 [*] , 22 ^{**}	16 [*]
I : III	3 [*] , 22 ^{**} , 25 [*]	25 [*]
I : IV	9 ^{**}	20 [*]
I : V	3 ^{**} , 19 [*]	2 [*] , 24 [*]
II : III	3 [*] , 7 [*] , 14 [*]	-
II : IV	9 [*] , 14 [*] , 15 [*]	20 [*]
II : V	3 [*]	18 [*]
III : IV	7 [*] , 9 ^{**}	22 [*] , 25 [*]
III : V	25 [*]	25 [*]
IV : V	9 [*] , 15 [*]	2 [*]

Gruppen	Skalenvergleich	
	Männer	Frauen
I : I	-	-
II : II	18 [*]	-
III : III	6 [*]	-
IV : IV	9 ^{**} , 15 [*]	-
V : V	3 [*] , 21 [*]	-

Tabelle 49

Im oberen Teil der Tabelle findet man für Frauen und Männer getrennt die signifikanten Standardabweichungen der Intensitätswerte beim Vergleich der Gruppen I bis V. Der untere Teil der

Tabelle zeigt die Skalen, die zwischen den fünf Männer- und Frauen-Gruppen signifikant unterschiedlich ausgeprägt sind. Der Vergleich der Gruppen-Mittelwerte zeigt, daß bei Skala 18 Frauen, bei den übrigen Skalen die Männer signifikant extremere Intensitätswerte erzielen.

Zusammenfassung

Ausnahmslos zeigen die Beantwortung einseitig gefühlsbetonte Einstellungen extremer Ausprägung. Für alle Gruppen ergibt sich die Interpretation "der Patient achtet nicht sehr auf körperliche Pflege und Fitness. Er möchte sein Leben genießen und damit sich und anderen beweisen, daß es auf Körperpflege nicht ankommt". In allen Gruppen läßt sich ein deutliches Desinteresse an der Familie aufzeigen, die Befragten kümmern sich nicht um deren Belange; nur bei einigen Gruppen lassen sich daraus entstehende Schuldgefühle nachweisen. Ist bei den Frauen-Gruppen eher Bereitwilligkeit und Offenheit bei der Beantwortung der Fragebögen feststellbar, so finden sich bei den Männer-Gruppen häufiger Hinweise darauf, daß sich die Befragten eher "in eine Verteidigungsposition" gedrängt fühlen und daher versuchen "sich dadurch abzusichern", daß sie "einen möglichst positiven Eindruck" machen.

E ERGÄNZENDE ZUSAMMENFASSUNG DER ERGEBNISSE

Um die Fülle von Befunden übersichtlicher zu gestalten, wurde in den einzelnen Abschnitten der Ergebnisdarstellung versucht, entweder abschließend eine kurze Zusammenfassung zu geben oder die Ergebnisse so kurz und übersichtlich darzustellen, daß eine gesonderte Zusammenfassung überflüssig war. Abschließend soll hier versucht werden einen Abriß der Befunde zu geben, indem auf jene Ergebnisse Bezug genommen wird, die als kennzeichnend für die Untersuchungsgruppe angesehen werden können.

Die vorliegenden Ergebnisse sind nur bedingt mit den in der Literatur vorfindbaren Befunden vergleichbar. Häufig werden in der Literatur Personen mit einem Gewicht, das 20 % und mehr über dem BROCA-Index liegt als fettstüchtig bezeichnet. Sicher kann ein Übergewicht von 20 % die betreffenden Menschen leiden lassen, möglicherweise existenziell gefährden; man denke nur an Mannequins oder Stewardessen. Aber andere Personen werden sich wahrscheinlich bei 20 % Übergewicht in ihrem ganzen Leben nicht als fettstüchtig bezeichnen; für manche Berufe

toleriert die Gesellschaft von vornherein ein größeres Übergewicht. Schon deshalb glaube ich nicht, daß die so erhobenen Befunde vorbehaltlos verallgemeinerbar sind.

In der vorliegenden Arbeit wurde einigemal versucht, über die Untersuchungsgruppen eine "Längsschnitt"-Analyse zu simulieren, indem die Gruppe der Operierten in drei Untergruppen, entsprechend ihres Gewichtes und dem davon abhängigen zeitlichen Abstand zur Operation, geteilt wurden. Leider sind durch diese Gruppenbildungen und missing-data die verschiedenen Gruppen manchmal sehr klein geworden. Durch die Anwendung nonparametrischer statistischer Methoden können zwar auch sehr kleine Gruppen untersucht werden; die Gültigkeit der Aussagen im Hinblick auf Verallgemeinerungen kann aber nicht zweifelsfrei den Grad großer Stichproben erreichen, da Einflüsse auf die Ergebnisse, etwa durch Moderatorvariablen, nicht geklärt sind. Es ist aber

nicht das erste Ziel der Arbeit, Besonderheiten im Sinne von Abweichungen von Erwartungswerten zu finden, auch Kenntnisse von Übereinstimmungen sind für die weiterführenden Untersuchungen, die zu einer gezielten psychologischen und medizinischen Betreuung führen sollen, von Nutzen.

Die Dünndarmausschaltung ist eine aufwendige Operation, deren Folgebelastungen für die Patienten bei allen Publikationen wenigstens teilweise erwähnt sind; die Operation ist dabei anschaulich, meist auf Schemabildern beschrieben. Etwa zwei Drittel der Bewerber haben die Informationen aus Zeitungen oder Zeitschriften, weitere 10 % von ihrem behandelnden Arzt. Man kann also davon ausgehen, daß die Bewerber überwiegend wenigstens grob über Verlauf und Risiken des Eingriffes informiert sind. Die von uns untersuchten Bewerber entschließen sich meist - ohne Beratung mit anderen Personen - ganz allein zur Operation. Wenn sie Rat suchen, nennen sie als erstes Familienmitglied; etwa 10 % beraten sich mit einem Arzt.

Als wichtigen Grund für den Entschluß zur Operation geben über die Hälfte der Befragten an, daß sie die Operation als "einzige Hoffnung" ansehen, ihr Übergewicht und die damit verbundenen Leiden zu beseitigen. Andere Motive sind "nicht mehr anders zu sein", "nicht mehr verspottet zu werden", "Minderwertigkeitsgefühle" und "sexuelle Probleme zu lösen"; letzteres wird von Männern doppelt so häufig wie von Frauen angegeben.

Vereinigungen Übergewichtiger, wie die "weight-watchers" sind den Befragten sehr selten bekannt; die wenigen geben an, eher schlechte Erfahrungen gemacht zu haben.

Die Bewerber gehören überwiegend zur Gruppe der juvenilen Fettleibigkeit - und geben an, daß sie das Übergewicht schon immer gestört habe. Nahezu alle Befragten nennen eine Liste von Maßnahmen, die sie, ohne längerfristigen Erfolg, zur

Gewichtsreduktion angewendet haben. Erwartungsgemäß werden am häufigsten Diäten oder andere Regulierungen des Eßverhaltens genannt; 11 % der Befragten haben Medikamente zur Gewichtsreduktion eingenommen. Die Erfolge der Gewichtsreduktionskuren gingen nur bei wenigen über die 20-kg-Grenze. Dies klingt sehr beachtlich, nur muß man bedenken, daß ein Gewichtsverlust von 20 kg bei einem 160 kg schweren Mann kaum bemerkt wird.

Das zum Teil enorme Übergewicht - die Wartelisten-Gruppe ist über einhundert Prozent übergewichtig (nach BROCA) - belastet die Physis und Psyche des Patienten. Wie einleitend diskutiert, ist der BROCA-Index ein den Übergewichtigen etwas "entgegenkommendes" Maß, dessen Normalgewicht-Index (cm Körpergröße - 100 = kg Körpergewicht) ist. Bei anderen Maßeinheiten, z.B. den GEIGY-Tabellen oder den Lebensversicherungs-Indices, liegt er schon deutlich im Bereich des Übergewichtes.

Die am häufigsten genannten körperlichen Beschwerden sind Kurzatmigkeit, Kreislaufbeschwerden, Müdigkeit und häufiges Schwitzen. Etwa 13 % geben orthopädische Beschwerden an, Frauen etwas häufiger als Männer.

Bei freier Beantwortung der Fragen nach psychischen Problemen werden von den Bewerbern am häufigsten depressive Stimmungen - von den OP-Gruppen seltener - vor Minderwertigkeitsgefühlen, Hemmungen, Kontaktarmut und sexuellen Problemen genannt.

Nach den familiären Verhältnissen befragt, gibt etwa die Hälfte an, daß in ihrer Kindheit die Mütter berufstätig gewesen seien; beide Eltern hätten ihrer Meinung nach zu wenig Zeit für sie gehabt. Dagegen meinen etwa 30 % der Befragten, das "Nesthäkchen" gewesen zu sein, "das Kind also, das sehr beliebt war und dem deshalb auch mehr erlaubt war, als anderen Kindern".

Von 17 % der Frauen und 12 % der Männer hatten sich die Eltern scheiden lassen; die Befragten waren damals überwiegend jünger

als 15 Jahre.

Ein Drittel der Befragten ist bei den Großeltern aufgewachsen oder lebte im ständigen, täglichen Kontakt mit ihnen. Die Annahme, daß die Einflußnahme der Großmütter bedeutsam zur Entwicklung der Fettsucht beigetragen haben könnte, folgt aus den erhobenen Daten nicht zwingend.

Etwa 25 % der Frauen und 15 % der Männer geben an, in der Familie Alkoholiker zu haben. Diese Angaben weichen deutlich von den Erwartungswerten, die meist unter 5 % liegen, ab. Für eine exakte Aussage über die Wertigkeit dieser Prozentzahlen müßte jedoch soziale Schichtung und Milieu berücksichtigt werden.

Ungefähr zwei Drittel der Eltern der befragten Frauen werden als etwas oder sehr übergewichtig eingestuft; drei Viertel der Männer geben übergewichtige Mütter, 60 % übergewichtige Väter an.

Etwa ein Viertel der befragten Frauen und Männer erleben sich als soziale Aufsteiger. Die Frage, ob sie mehr als die Eltern erreicht haben, bejahen etwa 40 %, was bedeutet, daß die Befragten sich anscheinend erst dann als soziale Aufsteiger erleben, wenn sie deutlich mehr als die Eltern erreicht haben.

Etwa 70 % der Frauen beziehen ein eigenes Einkommen, die Einkommensverhältnisse der befragten Stichprobe entsprechen den statistischen Durchschnittswerten.

Etwa 40 % der Befragten sind Einzelkinder; als Geschwister werden von Frauen am häufigsten Brüder, von Männern am häufigsten ältere Brüder, am seltensten (1 %) ältere Schwestern genannt.

Verluste scheinen häufig vorzukommen: ein knappes Fünftel gibt den Verlust eines Geschwisters - etwa 3 % geben den Verlust von zwei und mehr Geschwistern - an. 10 % und 7 % der Frauen geben Vaterverluste vor ihrem 6. bzw. 14. Lebensjahr an. Die entsprechenden Prozentzahlen für die Männer sind 5 % und 8 %. Mutterverluste sind seltener.

Vaterverluste der Ehepartner werden in etwa 50 % von Frauen und Männern im Alter des Ehepartners bis zu 14 Jahren genannt. Mutterverluste des Ehepartners geben 9 % bis zum 6. und weitere 12 % bis zum 14. Lebensjahr ihres Mannes an. Männer geben Mutterverluste ihrer Frauen in 6 % bis zu deren 6. und in weiteren 8 % vor deren 14 Lebensjahr an.

Diese Verlustwerte erscheinen erhöht. Selbst wenn man berücksichtigt, daß bei den hohen Vaterverlusten, die Kriegsjahre einen bedeutsamen Einfluß haben können, zeigt sich doch ganz deutlich die von W. TOMAN (303, 304) formulierte Tendenz, daß Personen mit Verlusten dazu neigen, Beziehungen zu Personen einzugehen, die auch Verluste erlitten haben. Aufgrund der vorliegenden Statistik ergeben sich Hinweise auf diese Zusammenhänge; schlüssig kann diese Frage jedoch nur in einer späteren Analyse durch Paarvergleiche geklärt werden.

Von den nicht verheirateten Frauen und Männern geben 16 % und 48 % an, noch bei den Eltern zu wohnen. Von den Verheirateten leben knapp 20 % der Frauen und 10 % der Männer zusammen mit den Eltern oder Schwiegereltern in einem Haus. Etwa 40 % der Verheirateten haben übergewichtige Ehepartner. 10 % der Frauen und 3 % der Männer geben an, vor dieser Ehe schon einmal verheiratet gewesen zu sein.

Die berufliche Mobilität der Männer erscheint größer als durchschnittlich zu erwarten sei. 17 % wechselten neunmal und öfter ihren Arbeitsplatz. Die Verteilung der Stichprobe auf besuchte Schulen ist unauffällig; bemerkenswert erscheint lediglich

die relativ hohe "Versagerquote" der Gymnasienbesucher: 70 % brechen vor der Mittleren Reife oder dem Abitur ab.

Zum sexuellen Bereich sollten Einstellungen und Verhalten erfaßt werden. Die völlige Neukonstruktion eines Fragebogens wäre nicht nötig gewesen, wenn ich zum Zeitraum der Datenerhebung schon EYSENCKs Buch über "Sexualität und Persönlichkeit" (73) gekannt hätte. Es wäre besser gewesen, den Einstellungsteil mit Items dort beschriebener Skalen zu erheben, da damit auch Möglichkeiten zum Vergleich mit Referenzwerten und Korrelationen mit Persönlichkeitsmerkmalen gegeben werden. Die Skalen EYSENCKs scheinen für die Praxis brauchbar zu sein; derzeit werden sie besonders in Ulm am Institut für Medizinische Psychologie für empirische Untersuchung z.B. zur Erfassung des Zusammenhanges zwischen Einstellung zur Sexualität und Wissen über Sexualität eingesetzt. Die Erstellung eines auf die Besonderheiten Adipöser zugeschnittenen Fragebogens wäre trotzdem nötig gewesen, denn mir ist keine Untersuchung bekannt, die sich explizit mit dem sexuellen Verhalten Adipöser befaßt. Mit diesen Fragen ist derzeit nur ein Vergleich zwischen den Untersuchungsgruppen möglich; Berechnungen von Kennwerten, wie Trennschärfe und Schwierigkeit sind noch nicht durchgeführt. Dies erscheint erst an einer Eichstichprobe sinnvoll, bei der Alter, Geschlecht, soziale Schicht und andere Moderatorvariablen kontrolliert werden können. Erst dann ließe sich das Verhalten an - definierten - Normen orientieren. Für unsere Zwecke genügt eine Beschreibung der Gesamtgruppe und der Vergleich zwischen den Gruppen mit der Frage, ob die Operierten-Gruppen abweichende Antworten geben.

Angaben "sexuelle Probleme" zu haben, machen zwei Drittel der Befragten. Adipöse Frauen scheinen häufiger als die "Durchschnittsfrau" ohne sexuelle Erfahrungen zu sein (über 40 % der 20-jährigen). Für die Männer ergibt sich, daß 20 % der 25-jährigen und 17 % der 26- bis 30-jährigen noch ohne sexuelle Erfahrungen sind.

Adipöse Männer haben eine ausgeprägte Vorliebe für ältere Partnerinnen; nur selten sind diese auch übergewichtig. Etwa die Hälfte der befragten Männer gibt an, Angst davor zu haben sich in sexueller Hinsicht zu blamieren.

Die Operation scheint keine besonderen Veränderungen im sexuellen Verhalten zu erbringen; eine Änderung des Einstellungsbereiches deutet sich aber an, was etwa durch die häufige Verneinung des Items "ich fühle mich nicht attraktiv, nicht interessant genug für das andere Geschlecht" durch die Gruppe III, die nach der Operation "leichteste" Gruppe, angezeigt wird. Dabei ist zu berücksichtigen, daß die Mehrzahl der befragten Patienten die kosmetische Operation noch vor sich hat; die Hautfalten nach der Gewichtsreduktion machen die Patienten objektiv kaum attraktiver.

Von den eingesetzten syndromspezifischen Selbsteinschätzungs-Skalen ist derzeit nur die EDS normiert; es liegen Vergleichswerte von Stichproben endogen depressiver Patienten und psychiatrisch unauffälligen Personen vor. Die Werte aller unserer Untersuchungsgruppen liegen über den Durchschnittswerten der Normalstichproben; Werte der Frauen sind insgesamt höher als die der Männer. Die Gruppen I und II, also die "Abgewiesenen" und die "Warteliste"-Patienten, erzielen Werte, die, verglichen mit den Durchschnittswerten endogen depressiver Patienten, die Verbalisierung "leichte depressive Symptomatik" erlauben. Auffallend ist, daß die Rangreihen des Durchschnittsgewichts streng den Rangreihen der Gesamtscores folgen: Je höher das Durchschnittsgewicht der Untersuchungsgruppe, desto höher ist der Wert der "depressive Stimmung" anzeigt. Die Gesamtwerte der "Operierten-Gruppen" - mit abnehmendem Durchschnittsgewicht deutlicher - unter diesen Werten, jedoch noch im Grenzbereich zwischen nicht nachweisbarer und leichter depressiver Symptomatik.

Bei den Skalen für "somatische Mißempfindungen" und "vegetative Funktionsstörungen" zeigen sich ähnlich strenge Rangfolgen vom Ausmaß der angegebenen Beschwerden und durchschnittlichem Körpergewicht; die Werte der Operierten-Gruppen liegen deutlich unter jenen der Gruppen I und II. Es zeigt sich weiter ein tendentieller ($p < 0.10$) Zusammenhang zwischen morgentlich schlechterem allgemeinem Befinden und relativem Übergewicht.

Die Ergebnisse der noch nicht normierten Fragebögen Adip I bis III nach G. LÖHR wurden tabellarisch dargestellt um später inhaltlich interpretiert werden zu können. Bei der LZ-Skala zeigte sich wieder ein strenger Zusammenhang zwischen Gewichtsgruppen und LZ-Gesamtwert: Die höchsten Gewichtsgruppen erzielen die niedrigsten Werte in der Lebenszufriedenheits-Skala und umgekehrt.

Die Anzahl angegebener Freundschaften, als Indikatoren der Güte sozialer Kontaktfähigkeit, zeigt, daß sämtliche Untersuchungsgruppen deutlich weniger Freundschaften nennen, als durchschnittlich zu erwarten wäre. Die Operation und die damit verbundene Gewichtsreduktion bewirkt keine erkennbare Änderung. Zu einen späteren Zeitpunkt soll die Kontrolle mit den Freundschaften, die nach der Operation geschlossen wurden, mögliche langfristige Effekte der Gewichtsreduktion erkennbar werden lassen. Die vorliegenden Ergebnisse weisen darauf hin, daß übergewichtige Frauen - stärker als Männer - sozial isoliert sind; die größte genannte Anzahl findet sich bei Gruppe V mit durchschnittlich 2.6, die kleinste bei Gruppe III mit 1.6 Freundschaften

Vorurteile, die in der Gesellschaft über die "Dicken" bestehen - gemessen mit dem semantischen Differential -, werden von den Befragten recht einheitlich beschrieben. Dem Stereotyp wird ein hohes Maß an Emotionalität und Bequemlichkeit bei ausgeprägt negativen Affinitäten zu "Kampf" und "Haben" zugeschrieben. Das Stereotyp des "einsamen Dicken" beschreiben nur die kürzlich

operierten Patienten. "Triebhaftigkeit" paßt offenbar nicht zum Stereotyp des Dicken. Diese Ergebnisse stehen anscheinend im Widerspruch zu den im GIESSEN-Test erhobenen Befunden, den Skalen DO und RE. Es müßte geklärt werden, ob diese Unterschiede durch verschiedene Bedeutungsgehalte zustande kommen, ob mit den Verfahren grundsätzlich Verschiedenes gemessen wird oder ob die Ergebnisse wegen zu geringer Reliabilitäten der Verfahren als "zufällig" bezeichnet werden müssen.

Die angewendeten Persönlichkeitstests sollen das "typische" der zehn Untersuchungsgruppen erfassen. Dabei wurde für jede Gruppe anhand ihrer Kennwerte eine "Modalpersönlichkeit" beschrieben: Für die so gewonnenen Beschreibungen wurde - für Frauen - und Männer-Gruppen getrennt - versucht eine Längsschnitt-Untersuchung zu simulieren. Als Kriterien für die zukünftige Weiterverwendung der Tests sollen die Übereinstimmung mit anderen Testergebnissen und Differenziertheit der Unterschiedserfassung neben einfacher Bearbeitung und geringer Rückweisungsquote dienen.

Die geringste Rückweisungsquote ergab sich beim Traum-Test. Der Traum-Test hat gegenüber den anderen angewandten Persönlichkeits-Tests den Vorteil der geringeren "face-validity", weshalb diesen Ergebnissen ein besonderes Gewicht zukommt.

Der extrem übergewichtige Mann erscheint - in der Interpretation der Traum-Test-Werte - eher faul und desinteressiert; er befriedigt seine "Pflege-Wünsche" und zeigt, was die Bereiche der Passivität und Aktivität angeht, eher das Verhalten eines Menschen, der bemüht ist, möglichst ohne großen Aufwand seinen eigenen oberflächlichen Bedürfnissen nachzugeben. Sein Verhältnis zu Frauen ist ihm ^{nicht} ganz unwichtig, zeichnet sich aber sicher nicht durch liebevolle und zärtlich-verständnisvolle Beziehungen aus.

Die extrem übergewichtige Frau dagegen, erscheint, was Passivitäts- und Aktivitätsinteressen angeht, nicht anders als die "Durchschnittsfrau". Lediglich jene Eigenschaften, die sich durch unterdurchschnittliche Liebesinteressen ausdrücken, sind deutlicher ausgeprägt.

Nach Erreichen des Normalgewichtes oder noch geringen Übergewichtes - das in Einzelfällen höchstens 20 % über dem BRO_CA-Index liegt - nehmen Aktivitätsinteressen des einstmals extrem übergewichtigen Mannes geringfügig zu und Passivitätsinteressen etwas ab. Sie liegen ihrer Ausprägung nach am unteren Ende des Durchschnittsbereiches. Seine Liebesinteressen nehmen ihrer Intensität nach zu, bleiben jedoch insgesamt gering; mit Frauen scheint er nach wie vor nicht allzuviel anfangen zu können; er ist weiterhin passiv, mit sich selbst beschäftigt und unfähig auf andere Menschen und deren Interessen einzugehen.

Die Gewichtsabnahme auf nahe "Normalgewicht" bringt für die einst extrem übergewichtige Frau offenbar nicht die Bestätigung der anfänglich geäußerten Hoffnung, mit dem Speck auch alle anderen Probleme zu beseitigen: ihre im Verlauf der Gewichtsreduktion ausgeglichen gewordene Motivationslage und ihre damit normalisierten Kontaktwünsche scheinen nicht in der erwarteten Form Resonanz gefunden zu haben. Ihre Liebesinteressen sind wieder geringer geworden, sie wirkt jetzt auf ihre Umwelt eher kühl, lieblos und frustriert. Sie ist jetzt unordentlich, ohne Ergeiz und nur wenig anstrengungsbereit; sachlich wirkt sie desinteressiert. Ihr Bedürfnis nach Nichtstun kann sie offenbar ausreichend befriedigen. Sie fühlt sich anscheinend erst jetzt, nach einem vorübergehenden Stimmungs- und Leistungs-Hoch als - frustrierter - Rekonvaleszent, der der Schonung bedarf.

Es wäre sehr wichtig zu erfahren, wie sich die kosmetische Korrektur auf das Selbsterleben - wie es im Traum-Test erfaßt wird - auswirkt.

Die Gießen-Tests wurden in vier Formen abgenommen: Einmal in der Standardform zur Selbsteinschätzung, in der Form GT-S 2 zur Erfassung des Persönlichkeitsbildes der Befragten wenn sie sich so beschreiben, wie sie sich in den Augen anderer gesehen glauben, und schließlich in den Fremdeinschätzungsformen GT-FM und GT-FW zur Erfassung der von den Befragten gelernten Stereotype des "extrem dicken Mannes" und der "extrem dicken Frau". Der Gießen-Test scheint sich für diese Fragen am besten zu eignen, da eine Fülle von Untersuchungen, auch zur Therapiekontrolle an klinischen, vor allem psychosomatisch erkrankten Gruppen vorliegt und die zur Verfügung stehenden Dimensionen Persönlichkeitseigenschaften beschreiben, die relevant für das Symptom "Fettsucht" zu sein versprechen.

Der "typische Mann" der "Warteliste-Patienten", fühlt sich, obwohl übergewichtiger als der der Gruppe I, etwas besser in Bezug auf seine Wirkung auf die soziale Umwelt. Er erlebt offenbar ein wenig mehr als der "Durchschnitt" Probleme in der Auseinandersetzung mit seinen Mitmenschen und kann sich etwas schlechter durchsetzen.

Die "Warteliste-Patientin" erlebt sich deutlich unattraktiver, unbeliebter und häufiger kritisiert. Konflikten geht sie aus dem Weg und die Bereitschaft, sie offen auszutragen, ist wenig ausgeprägt. Ihre bequeme Haltung, ihre Unordentlichkeit ist auffällig; auf die erlebten Probleme im mitmenschlichen Bereich reagiert sie eher mit Mißtrauen und Verschlossenheit.

Nach erfolgreicher Gewichtsreduktion reagiert der einstmals extrem übergewichtige Mann anscheinend auf nicht nur positive Reaktionen seiner sozialen Umwelt. Seine vorübergehend gezeigte Offenheit und Aufgeschlossenheit anderen gegenüber ist einer eher mißtrauischen Haltung gewichen. In Bezug auf seine sozialen Kontakte hat er doch deutlich an Sicherheit im Verhalten gewonnen. Er "kommt ganz gut an" und kann es sich offenbar

leisten, sich ein wenig gehen zu lassen und bequem zu sein. Kommt es zu Konflikten, so neigt er mehr dazu - so wie früher - auf diese relativ aggressiv zu reagieren und seine Aggressionen nach außen abzuleiten.

Die einstmals extrem übergewichtige Frau zeigt nach erreichter Gewichtsreduktion deutlichere Veränderungen als ihr männlicher "Partner". Sie scheint jetzt mehr Anerkennung aus ihrer sozialen Umwelt zu erfahren, worauf sie mit mehr Interesse an schönem Aussehen reagiert. Anscheinend kommt sie im täglichen Leben ganz gut zurecht, so, wie andere auch. Sie läßt sich jetzt auch etwas weniger gehen - allerdings immer noch mehr als der Durchschnitt - kommt aber ganz gut an und wirkt auch etwas geselliger; ihre Grundstimmung ist nach wie vor deutlich depressiv getönt, jedoch weniger deutlich als vor der Operation.

Die formulierten Beschwerden zeigen hohe Übereinstimmung mit jenen aus den Traum-Test-Daten. Dies kann als Validitätsmerkmal gelten. Aufgrund der Aufteilung der Gesamtstichprobe in zehn Untergruppen und vor allem wegen der geringen Zahl der zum Untersuchungszeitpunkt operierten Patienten, sind einige Gruppen sehr schwach besetzt. Die Tendenzen scheinen jedoch eindeutig genug zu sein, um diese Befunde verläßlich erscheinen zu lassen. Es wäre jedoch sinnvoll, nach einiger Zeit eine Wiederholungsuntersuchung an größeren Patientengruppen durchzuführen, was derzeit nicht möglich ist.

Darüber, wie man von anderen wahrgenommen wird, herrschen unter den Männer-Gruppen einheitlichere Vorstellungen als unter den Gruppen der Frauen. Als extrem Übergewichtiger glaubt der "typische Mann", daß die anderen ihn viel unattraktiver sehen, als er sich selbst einschätzt. Seine depressive Grundstimmung, wie er sie in der Selbsteinschätzung angibt, glaubt er vor anderen gut verstecken zu können: Seiner Meinung nach erscheint er in den Augen der anderen keineswegs depressiv sondern "normal".

Nach erfolgreicher Gewichtsreduktion fühlt sich der einstmals extrem Adipöse von anderen ziemlich "objektiv" beurteilt. Lediglich was seine Art angeht zwischenmenschliche und intrapsychische Konflikte zu bewältigen, glaubt er sich noch mißverstanden: Die anderen halten ihn immer noch für eigensinnig, andererseits - im Gegensatz zu vorher - für wesentlich zuverlässiger und ordentlicher als er sich selbst einschätzt.

In den Augen der anderen glaubt sich die extrem übergewichtige Frau als sehr unattraktiv, unbeliebt, dabei eigensinnig dominant und sehr unordentlich, bequem und unstetig gesehen. Im Gegensatz zu ihrem männlichen Leidenspartner ist sie der Ansicht, daß die anderen ihre depressive Grundstimmung durchaus wahrnehmen.

Nach erreichtem Normalgewicht gibt sie an, daß die anderen sie wahrscheinlich durchschnittlich attraktiv, im Konfliktverhalten relativ ausgeglichen, etwas unordentlich und bequem, dabei leicht depressiv gestimmt wahrnehmen. Sie glaubt weder sonderlich verschlossen noch gesellig, sondern ganz "normal" zu wirken.

Es läßt sich also feststellen, daß sich Männer und Frauen in den Selbsteinschätzungen und den Einschätzungen ihrer Wirkung auf die Umwelt unterscheiden. Frauen fühlen sich anscheinend deutlicher abgelehnt, weniger dominant und in ihrer Grundstimmung depressiver als Männer. In der Auffassung darüber, wie sie von anderen erlebt werden, liegen die Angaben der Männer bezüglich der depressiven Grundstimmung näher an den Durchschnittswerten: Die Frauen wännen sich eher "depressiv" von anderen wahrgenommen. Besonders die Patientinnen der Warteliste halten sich deutlicher als negativ sozial resonant und unterkontrolliert wahrgenommen als Männer dieser Gruppe. Männer der Operierten-Gruppen glauben sich als dominanter und positiver in ihrer Grundstimmung eingeschätzt als Frauen dieser Gruppen.

Die Fremdeinschätzungs-Formen des Gießen-Tests, GT-FM und GT-FW wurden vor allem zur Überprüfung der Frage eingesetzt, ob das gleichgeschlechtliche Stereotyp positiver als das gegengeschlechtliche eingeschätzt wird - wobei positiv durch "näher am Erwartungswert liegend" operationalisiert ist. Die Einschätzung der Stereotype unterscheidet sich häufig bezüglich der Dimension "unterkontrolliert" und "retentiv", wobei Männer das Stereotyp der "dicken Frau" deutlicher mit unterkontrolliert und retentiv beschreiben als das Frauen tun. Es ergeben sich jedoch keine signifikanten Unterschiede, die auf eine eher positive Einschätzung des gleichgeschlechtlichen Stereotyps hinweisen.

Um die Frage beantworten zu können, welcher Art eine Information sein müßte, um eine Einstellungsänderung bei den Personen der einzelnen Gruppen herbeizuführen, und um eine Beschreibung der "Modalpersönlichkeiten" der einzelnen Gruppen aufgrund eines im wesentlichen anders konstruierten Tests, als Beitrag zur Validität der erhobenen Befunde, zu ermöglichen, wurde das PSS-25 abgenommen. Es erschien interessant festzustellen, wie hoch die Übereinstimmung eines überwiegend nach dem RASCH-Modell konstruierten Verfahrens mit den konventionell konstruierten Persönlichkeitstests ist. Die Autoren des PSS-25 geben als Begründung für die Neukonstruktion ihres Persönlichkeitstests an, daß die ihnen bekannten, herkömmlichen Verfahren, wenig zur Lösung der Probleme beigetragen hätten, die sie bei der Rehabilitation von Herzinfarktpatienten vorgefunden hätten. Diese Probleme sind im wesentlichen übertragbar auf unsere Stichprobe. Auch für uns ist es wichtig zu erfahren, wie Einstellungsänderungen, besonders wenn sie verhaltensrelevant sind, bewirkt werden können.

Richtung und Intensität der gemessenen Dimensionen zeigen an, welche Merkmale geändert werden sollen, der Konsistenzwert gibt an, inwieweit diese Wertmerkmale überhaupt veränderbar sind. Über die Dissonanzparameter kann entschieden werden, mit welchen

Mitteln - ob eher mit denen der Logik oder eher mit denen einer emotionalen Ansprache - die bestimmte Einstellung in einem konkreten Fall am besten gelöst werden kann.

Bei der Beantwortung der PSS-25 zeigen sich ausnahmslos bei den Gruppen einseitig gefühlsbetonte Einstellungen extremer Ausprägung. Hohe Intensitäten bei niedrigen Konsistenzen gelten als Maß für den Differenziertheitsgrad der Meinungskomponente einer Einstellung. Das bedeutet, daß die affektive Besetzung eines Einstellungsobjektes bedeutend ausgeprägter ist als die Differenziertheit der Meinungskomponente. F.J HEHL und R. HEHL schreiben dazu "Eine im Verhältnis zur Konsistenz stark erhöhte Intensität bringt folgendes zum Ausdruck: Wegen einer schnellen und einfachen Entscheidungsfindung wird das Einstellungsobjekt einseitig positiv oder negativ bewertet und damit affektiv besetzt. Um die einseitige Einstellung und damit eine schnelle Entscheidungsfindung aufrecht erhalten zu können, schützt sich der Einstellungsträger vor Informationen, die seiner Bewertung des Einstellungsobjektes widersprechen, dadurch, daß er diese unangenehmen Informationen ignoriert, unterdrückt, umdeutet und verdrängt. Dadurch wird die Meinung über das Einstellungsobjekt einseitig und undifferenziert. Dieser interne Einstellungskonflikt liegt also vor, wenn die Intensität hoch und die Konsistenz niedrig ist" (120, S. 67).

Für das Ziel einer Verhaltensänderung bei den Patienten bedeutet das, daß Strategien entwickelt werden müssen, um die Informationsabwehr der Patienten zu überwinden. Die vorliegenden Befunde scheinen eine Erklärung dafür zu sein, warum therapeutische Bemühungen so relativ ineffektiv bleiben.

Für alle Gruppen ergibt sich weiterhin die Interpretation "der Patient achtet nicht sehr auf körperliche Pflege und Fitness. Er möchte sein Leben genießen und damit sich und anderen beweisen, daß es auf Körperpflege nicht ankommt". In allen Gruppen

läßt sich ein deutliches Desinteresse an der Familie aufzeigen, die Befragten kümmern sich nicht um deren Belange; nur bei einigen Gruppen lassen sich daraus entstehende Schuldgefühle nachweisen. Ist bei den Frauen-Gruppen eher Bereitwilligkeit und Offenheit bei der Beantwortung der Fragebögen festzustellen, so finden sich bei den Männer-Gruppen häufiger Hinweise darauf, daß sich die Befragten eher "in eine Verteidigungsposition" gedrängt fühlen und daher versuchen "sich dadurch abzusichern", daß sie "einen möglichst positiven Eindruck" machen.

Auch diese Befunde des PSS-25 scheinen in hoher Übereinstimmung mit den Ergebnissen des Traum-Tests und der Gießen-Tests zu liegen. Der zusätzliche Hinweis der Informationsabwehr der Patienten erscheint mir ein bisher nicht explizit genanntes, aber durchgängiges und für die therapeutische Praxis sehr relevantes Merkmal zu sein. Schon deshalb scheint mir der Einsatz dieses Verfahrens lohnenswert gewesen zu sein.

F AUSBLICK

"Jede Wissenschaft, jede Forschung beginnt mit einem "Sich-Wundern"; mit diesem Satz überschreibt ein alter Studienfreund, R. DIETERICH, ein Kapitel seines Buches (340). Der Anstoß zur vorliegenden Arbeit ließe sich auch ganz gut mit diesem Satz überschreiben: Sicherlich war ich sehr beeindruckt vom Anblick der Patienten bei Dr. HUSEMANN, auch manchen Leser würde das Aussehen dieser extrem übergewichtigen Patienten "gewundert", vielleicht sogar ein wenig erschreckt haben. Unwillkürlich fragt man sich, was denn das für Leute sind, denen das Essen soviel bedeutet, daß sie sich dafür derart verunstalten und einschränken, und allzugerne ist man bereit, eine Krankheit dafür verantwortlich zu machen. Somatische Krankheiten werden ausgeschlossen, und die Frage nach psychischen Krankheiten findet man in der Literatur nicht befriedigend behandelt. Nach der Lektüre der Arbeiten über Fettsucht lernt man viele Aspekte kennen: Besonderheiten der Wahrnehmung Adipöser, deren relative Unfähigkeit interne Reize adäquat zu interpretieren, vermehrte Außengeleitetheit, orale Fixierung oder falsch gelerntes Eßverhalten, testpsychologisch meßbare Auffälligkeiten, biochemische und neurologische Störungen und anderes mehr. Letztlich bleibt das Literaturstudium unbefriedigend, denn für die konkrete Situation, in der einem diese Patienten gegenüber stehen, hat man, auch nach gründlicher Lektüre, wenig Handlungsanweisungen gewonnen.

Therapievorschläge sind zahlreich. Für alle werden Erfolge berichtet; Langzeiterfolge, etwa für den Zeitraum von fünf Jahren, werden meist unter 10 % geschtzt. Nur für einen Teil des Patientenkollektivs, der hier untersucht wurde, sind konservative therapeutische Maßnahmen einsetzbar. Das gilt für die Patienten, die wegen zu geringen Übergewichts oder medizinischer Indikationen nicht operativ therapiert werden. Das Gros, etwa eintausend Patienten, sind bereits operiert oder warten auf die Operation. Die Folgen der Operation und der Gewichtsreduktion erfordern

eine regelmäßige medizinische und psychologische Betreuung: Elektrolyte und Allgemeinzustand müssen sorgfältig kontrolliert werden; bei einigen Patienten zeigten sich Beschwerden, für die B. HUSEMANN keine somatischen Ursachen finden kann. HUSEMANN rät zur psychologischen Betreuung, jedoch kann sie letztlich aus Personalmangel nicht realisiert werden. Wie wichtig so eine Betreuung ist und in welcher Form sie durchführbar sein kann, das sind Fragen, die durch diese Arbeit auch beantwortbar werden sollten. Es zeigte sich, daß neben allen Veränderungen durch die Operation und die Gewichtsabnahme, einige Merkmale unverändert bleiben: Durch die Befreiung von den Fettmassen, die fast immer als einzige Ursachen für die Probleme und Nöte von den Patienten genannt werden, hat sich die Lebenssituation, die depressive Grundstimmung nur selten geändert. Dem "Zwischen-Hoch" kurz nach der Operation, bei der raschen Gewichtsabnahme, folgte oft die Rückkehr nahe zum Ausgangs-Niveau.

Die Untersuchung hat eine Fülle von Daten erbracht, die noch nicht annähernd erschöpfend analysiert sind. Mir erschien es nötig, für diese Stichprobe extrem Adipöse "ganz von vorne anzufangen", da mir Befunde aus der Literatur nicht direkt auf sie übertragbar schienen, und weil sie für die weiterführende Betreuung nicht genügen.

Ich möchte noch kurz das weitere Vorgehen und dessen Ziel beschreiben. Neben den vielen Fragen, die diese Arbeit aufgeworfen hat und neben weiteren Arbeiten, die sich mit der Beantwortung dieser Einzelthemen zu befassen haben - sie sind im Ergebnisteil kurz angesprochen, werden dem Leser aber bei Betrachtung der Daten und deren vorläufigen Analysestand unmittelbar einsichtig - wird das Ziel einer individuellen psychologischen Betreuung angestrebt. Diese kann wegen des personellen Engpasses nur mit Hilfe eines Rechners unter Verwendung individueller Datenpools einigermaßen adäquat erfolgen. Für jeden Patienten soll eine Datei angelegt werden, in der für sie relevante psycholo-

gischen und medizinische Daten gespeichert sind. Über ein zu erstellendes Programm werden diese Daten gewichtet und führen zu einer orientierenden Bewertung der individuellen Situation aus psychologischer und medizinischer Sicht. Ein ständiger Dialog zwischen Patient, Psychologen und Arzt ist nötig; Routineabfragen und Kommentare erfolgen rechnergestützt.

Dieses Modell ist ein erster Denkansatz, es erscheint mir aber als einziger realisierbarer Weg unter den gegebenen Bedingungen. Prinzipiell ist ein einmal erstelltes Dialogmodell auf alle möglichen Krankheitsbilder abstimmbar; lediglich die Bewertungskriterien und Strategien bei der Informationsweitergabe müßten modifiziert werden. Ich möchte später versuchen dieses Modell auf die Betreuung psychisch Kranker abzustimmen, deren ambulante Versorgung jetzt primär mit einer vom Patienten oder dessen Angehörigen gewählten Kontinuität erfolgt. Sicherlich könnte dadurch so mancher "Zwischenfall" und manche stationäre Aufnahme vermieden werden.

Für die Betreuung Adipöser sind mit dieser Arbeit die Grundlagen geschaffen. Aus den Daten werden jene herausgesucht, die am ökonomischsten und zuverlässigsten die individuellen Besonderheiten zu erfassen vermögen. Nur noch diese werden bei weiteren Untersuchungen erhoben und auf Dateien gespeichert. Die Erstellung eines Anweisungs- und Begleitprogrammes wird der nächste Schritt sein, der dieser Arbeit folgt.

Literaturverzeichnis

1. ABRAMSON, E.E., WUNDERLICH, R.A.: Anxiety, fear and eating: A test of the psychosomatic concept of obesity. In: Journal of Abnormal Psychology, 1972, 79/3, 317-321.
2. ÄRZTLICHE PRAXIS: Sexualmedizin 1978, 14, 387.
3. AMMON, K.: Die gestörte Mutter-Kind-Beziehung als Ursache psychosomatischer Erkrankungen aus sozialpsychologischer und psychoanalytischer Sicht. In: Dynamische Psychiatrie, 1973, 6/19, 98-111.
4. ANTONS-BRANDI, Vera: Warum Übergewichtige lieber dick bleiben; sozialpsychologische Studie über Einstellungen zum Körpergewicht. In: Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse, 1972, 18/1, 81-94.
5. ARETZ, H.H., LIEBERMEISTER, H., SCHULZ, H., PROBST, G.: Psychische Veränderungen bei adipösen Patienten unter einer ambulanten Reduktionskur. In: Deutsche Medizinische Wochenschrift, 1971, 4, 778-784.
6. ASHWELL, M.: A survey of patients' views on doctors treatment of obesity. In: Practitioner, 1973, 211, 653-658.
7. ASHWELL, M.: The relationship of the age of onset of obesity to the success of its treatment in the adult. In: British Journal of Nutrition, 1975, 34, 201.
8. ASHWELL, M.A., GARROW, J.S.: Full and empty fat cells. In: Lancet, 1973, II, 1036-1037.
9. ASHWELL, Margaret, ETCHELL, Lindsey: Attitude of the individual to his own body weight. In: British Journal of Preventive and Social Medicine, 1974, 28/2, 127-132.
10. ATKINSON, R.M., RINGUETTE, E.L.: A survey of biographical and psychological features in extraordinary fatness. In: Psychosomatic Medicine 1967, 29/2, 121-133.
11. BACHMANN, M.: Fettsucht und Sozialprestige. In: Münchner Medizinische Wochenschrift, 1970, 112, 493-495.
12. BALCH, P., ROSS, A.W.: A behaviorally oriented didactic group treatment of obesity and exploratory study. In: Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatries, 1974, 5/3-4, 239-243.
13. BALL, M.F., WUNDERLICH, R.A., SWYTER, J.: Problems in treating obesity. In: American Family Physician, 1972, 6, 89-92.
14. BASLER, H.D., SCHWOON, D.R.: Methoden der Verhaltenstherapie bei Adipösen. In: Medizinische Klinik, 1973, 68/52, 1722-1728.
15. BAUER, E.R.: Inhibition of eating in the obese. Cognition or guilt? In: American Psychologist, 1971, 26, 738.
16. BEARDWOOD, C.J.: Relationship between body weight and gonadotropin excretion in anorexia nervosa and obesity. In: South African Medical Journal, 1974, 48/2, 53-58.
17. BECKMANN, D., RICHTER, H.E.: GIESSEN-TEST (GT) - Handbuch Verlag Hans Huber: Bern, Stuttgart, Wien, 1975².
18. BELLACK, A.S.: A comparison of self reinforcement and self monitoring in a weight reduction program. In: Behavioral Therapy, 1976, 7/1, 68-75.

19. BELLACK, A.S., ROZENSKY, R.H.: The selection of dependent variables for weight reduction studies. In: Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatrics, 1975, 6/1, 83-84.
20. BLOCH, R.: Bedeutung der Todessehnsucht für psychogene Störungen des Ernährungstriebes. In: Psychosomatic Medicine, 1967, 13/1, 63-69.
21. BLOHMKE, M., KOSCHORRECK, B., STELZER, O., SCHAEFER, H.: Epidemiologische Studie über koronare Herzkrankheiten an berufstätigen Frauen und Männern im Alter von 40-59 Jahren. In: Medizinische Klinik, 1972, 67, 1329.
22. BÖCHENFÖRDE, H., OTT, R., SCHNEIDER, E.: Die Anwendung des Gießen-Tests zur Untersuchung von Beziehungen zwischen dem Fremdbild des idealen Therapeuten und dem Selbstbild von Patienten einer Psychosomatischen Klinik sowie einer klinischen und einer nichtklinischen Vergleichsstichprobe. Diplomarbeit an der Univ. Tübingen, 1974.
23. BOECKER, W. (Hrsg.): Fettsucht - Gicht, 6. Bad Mergentheimer Stoffwechseltagung, Thieme: Stuttgart, 1971.
24. BOLDEN, K.J.: Against the active treatment of obesity in general practice. In: Update, 1975, 11/4, 339-343.
25. BONANNO, J.A., LIES, J.E.: Effects of physical training on coronary risk factor. In: American Journal of Cardiology, 1974, 33/6, 760-764.
26. BORNSTEIN, Ph., SIPPRELLE, CN.: Group treatment of obesity by induced anxiety. In: Behaviour Research and Therapy, 1973, 11, 339-341.
27. BRÄUTIGAM, W.: Psychosomatische Gesichtspunkte zur Genese und Therapie der Übergewichtigkeit. In: Therapiewoche, 1976, 26/8, 1206-1212.
28. BRAY, G., YORK, D.: Studies on food intake of genetically obese rats. In: American Journal of physiology, 1972, 223/1, 176-179.
29. BRECH, W.J., SCHETTLER, G.: Ernährung und Herzinfarkt: Beiträge zu den sog. Risikofaktoren des Myokardinfarktes und des plötzlichen Herztodes; Sonderdruck aus Ernährungs-Umschau, 1969, Nr. 2, Umschau: Frankfurt/Main.
30. BREWER, C., WHITE, H., BADDELEY, M.: Beneficial effects of jejunoileostomy on compulsive eating and associated psychiatric symptoms. In: British Medical Journal, 1974, 5940/4, 314-316.
31. BROWN, F.: Disturbances of psychosexual development of adolescent girls. In: Mount Sinai Journal of Medicine, 1975, 42/3, 216-222.
32. BROWN, R.A., WILLIAMS, R.J.: Internal and external cues relating to fluid intake in obese and alcoholic persons. In: Journal of abnormal Psychology, 1975, 84/6, 660-665.
33. BRUCH, H.: Eating disorders; obesity, anorexia nervosa, and the person within. Routledge and Kegan Paul: London 1974.
34. BRUCH, H.: Obesity and anorexia nervosa; psychosocial aspects. In: Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 1975, 9/3, 159-161.
35. BRUCH, H.: Psychologische Aspekte der Obesitas. In: Sandorama, 1975, 1, 8-10.
36. BRUCH, H.: Emotional aspects of obesity. In: Pediatric Annals, 1975, 4/5, 91-99.

37. BRÜNING, Sabine, BITTORF, W.: "Das fette Leben". Erfahrungen und Gespräche mit Übergewichtigen. Sendung des "Süd-funk Stuttgart" am 6.9.1976.
38. BRUNN, Aliceanne A., HEDBERG, A.G., BAYLOR, U.: Covert positive reinforcement as a treatment procedure for obesity. In: *Journal of Community Psychology*, 1974, 2/2, 117-119.
39. BRUSSET, B., AIMEZ, P., De GENNES, J.L.: Les troubles alimentaires des adolescents. In: *Revue de Neuropsychiatrie Infantile et d'Hygiene mentale de L'Enfance*, 1975, 23/7, 405-424.
40. BÜRGER, M., RIES, W.: Zum Problem der Fettsucht. In: *Münchener Medizinische Wochenschrift*, 1958, 7, 258-265.
41. BURNUM, J.F.: Outlook for treating patients with self destructive habits. In: *Annals of Internal Medicine*, 1974, 81/3, 387-393.
42. CABANAC, M., DUCLAUX, R.: Obesity: Absence of satiety aversion to sucrose. In: *Science*, 1970, 168/393, 496-497.
43. CAUTELA, J.R.: The use of covert conditioning in hypnotherapy. In: *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 1975, 23/1, 15-27.
44. CAZZULLO, A., GUARESCHI, COCCHI, A., GENERALI, I.: Obesity in childhood: Contribution to a psychodynamic study. In: *Acta Paedopsychiatrica*, 1968, 35/1, 324-326.
45. CIOFFI, LA., SPERANZA, A.: Physiological and psychological components of the body weight control system in the obese. In: *Bibliotheca Nutritio et Dieta*, 1972, 17, 154-176.
46. CLARK, LD., GAY, PE.: Activity and body-weight relationship in genetically obese animals. In: *Biological Psychiatry*, 1972, 4, 247-250.
47. CLEVELAND, S.E., WEBB, M.: Imprisoned in fat. In: *Psychological Reports*, 1975, 36/2, 554.
48. COCHETON, J.J., FINELTAIN, L., POULET, J.: Morgagni stewart morel syndrome, myth or reality? In: *Semaine des Hopitaux de Paris*, 1974, 50/47-48, 2945-2950.
49. COHEN, M.M., HALL, B.D., SMITH, D.W., GRAHAM, C.B., LAMPERT, K.J.: A new syndrome with hypotania, obesity, mental deficiency, and facial, oral, ocular, and limb anomalies. In: *Journal of Pediatrics*, 1974, 83/2, 280-284.
50. COLBY, J.J., MISOVICH, S., KASOUF, C.: Cue prominence as a determinant of VMH obesity. In: *Psychological Reports*, 1974, 34/3, 1131-1136.
51. COLEMAN, J.C.: Life stress and maladaptive behavior. In: *American Journal of Occupational Therapy*, 1973, 27/4, 169-180.
52. COMSTOCK, G.W., STONE, R.W.: Changes in body weight and subcutaneous fatness related of smoking habits. In: *Archives of Environmental Health*, 1972, 24, 271-276.
53. CORMIER, A.: Group versus individual dietary instruction in the treatment of obesity. In: *Canadian Journal of Public Health*, 1972, 63, 327-332.
54. COULTER, SK., WUNDERLICH, RA., BALL, MF., CANARY, J.J.: Humor ratings as a function of weight and food deprivation. In: *Psychological Reports*, 1973, 32, 1099-1105.

55. CRISP, A.H.: Primary anorexia nervosa or adolescent weight phobia. In: Practitioner, 1974, 212/1270, 525-535.
56. CRISP, A.H., STONEHILL, E., FENTON, G.W., FENWICK, P.B.C.: Sleep patterns in obese patients during weight reduction. In: Psychotherapy and Psychosomatics, 1973, 22/2-6, 159-165.
57. CRISP, A.H.: The possible significance of some behaviour correlates of weight and carbohydrate intake. In: Journal of Psychosomatic Research, 1967, 11/1, 117-131.
58. CRUMPTON, Evelyn, WINE, D.B., DRENICK, E.J.: Effects of prolonged food deprivation on food responses to skeleton words. In: Journal of general Psychology, 1967, 76/2, 179-182.
59. CZERWENKA-WENKSTETTEN, A., HUBER, E.G.: Psychological and social aspects of overweight children. In: Paediatric und Paedologie, 1976, 11/1, 151-157.
60. DALEN, N. and HALLBERG, D.: "Bone mineral content in four obese subjects". Before and after intertinal shunt operation. In: Acta Chirurgica Scandinavica, 1974, 140, 267-270.
61. DALRYMPLE, D.G., PARBROOK, G.D., STEEL, D.F.: Factors predisposing to postoperative pain and pulmonary complications. A study of female patients undergoing elective cholecystectomy. In: British Journal of Anaesthesia, 1973, 45/6, 589-598.
62. DEFELICE, E.A., CHAYKON, L.B., COHEN, A.: Double blind clinical evaluation of mazindol, dextroamphetamine, and placebo in treatment of exogenous obesity. In: Current Therapeutic Research, 1973, 15/7, 358-366.
63. DEMOULIN, G.: Der Vergleich der semantischen Räume verschiedener demographischer Gruppen in der BRD. Unveröffentlichte Diplomarbeit der Universität Kiel, 1976.
64. DEVLIN, J.G.: Obesity and anorexia nervosa. A study of growth hormone release. In: Irish Medical Journal, 1975, 68/9, 227-232.
65. DIAGNOSTIK: Aktuell: 14. Ärztl. Gespräch auf Föhrenkamp, Mölln: Bei Übergewicht die Zusammenhänge erkennen, 1975, 10.
66. DIAMENT, C., WILSON, G.T.: A experimental investigation of the effects of covert sensitization in an analogue eating situation. In: Behaviour Therapy, 1975, 6/4, 499-509.
67. DÖRFLER, W.: Risiken des Übergewichts. In: Therapiewoche, 1978, 3, 306.
68. DWYER, J.T., BLONDE, C., MAYER, J.: Treating obesity in growing children. Two specific aspects: activity and diet. In: Postgraduate Medicine, 1972, 111-115.
69. ELKINS, R.: Conditioned flavor aversions to familiar tap water in rats an adjustment with implications for aversion therapy treatment of alcoholism and obesity. In: Journal of Abnormal Psychology, 1974, 83/4, 411-417.
70. ERNÄHRUNGSBERICHT 1976: Epidemiologische Felduntersuchung in Hersan. Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie des Bundesgesundheitsamtes, Berlin 1975.

90. GILLMANN, H., SEELIGER, S., THIESS, A., WAGNER, G.: In Ernährungsbereich 1976.
91. GLASS, D.C. et al.: Obesity and persuasibility. In: Journal of personality, 1969, 37/3, 407-414.
92. GLUCKSMAN, M.L.: Psychiatric observations on obesity. In: Advances in Psychosomatic Medicine, 1972, 7, 194-216.
93. GÖBEL, D.: Probleme der Gewichtsreduktion bei extremer Adipositas. In: Therapie der Gegenwart, 1974, 113, 983-995.
94. GÖSCHKE, H.: Kritische Betrachtung der Nulldiät. In: Aktuelle Ernährungsmedizin, 1976, 1/2, 56-60.
95. GOLD, R.M.: Hypothalamic obesity: The myth of the ventromedial nucleus. In: Science, 1973, 182/4111, 488-490.
96. GOLD, R.M., KAPATOS, G.: Delayed hyperphagia and increased body length after hypothalamic knife cuts in weanling rats. In: Journal of Comparative and Physiological Psychology, 1975, 88/1, 202-209.
97. GOLDMAN, F.: Breastfeeding and character formation: The etiology of the oral character in psychoanalytic theory. In: Journal of Personality, 1950-51, 19, 189-196.
98. GOLDMAN, R., JAFFA, M., SCHACHTER, St.: Yom kippur, air france, dormitory food, and the eating behavior of obese and normal persons. In: Journal of Personality and Social Psychology, 1968, 10/2, 117-123.
99. GOLDRICK, R.B., HAVENSTEIN, N., WHYTE, H.M.: Effects of caloric restriction and fenfluramine on eight loss and personality profile of patients with long standing obesity. In: Australian and New Zealand of Medicine, 1973, 3/2, 131-141.
100. GOODMAN, C., KENRICK, M.: Physical fitness in relation to obesity. In: Obesity Bariat. Med., 1975, 4/1, 12-15.
101. GOTH, E.: Aetiological factors in obesity. In: Proceedings of the Nutrition Society, 1973, 32/3, 175-179.
102. GRIBOFF, S.I., BERMAN, R., SILVERMAN, H.I.: A double-blind clinical evaluation of a phenylpropanolamine-coffee-vitamin combination and a placebo in the treatment of exogenous obesity. In: Current Therapeutic Research, 1975, 17/6, 535-543.
103. GRIES, F.A., ZIMMER, G., JAHNKE, K.: Fettstoffwechselstudien bei Adipositas. In: Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Innere Medizin, 1964, 70, 424-427.
104. GRIES, F.A., BERCHTOLD, P., BERGER, M.: Adipositas, Pathophysiologie, Klinik und Therapie. Springer-Verlag: Berlin, Heidelberg, New York, 1976.
105. GRINKER, J.: Behavioral and metabolic consequences of weight reduction. In: Journal of the American Dietetic Association, 1973, 62, 30-34.
106. GRINKER, J., HIRSCH, J.: Metabolic and behavioural correlates of obesity. In: Ciba Foundation Symposium, 1972, 8, 349-369.
107. GRÖBNER, W.: Übergewicht, Gicht und Nephrolithiasis. In: Therapiewoche, 1978, 3, 333-338.
108. GROSSMANN, H.H., SENDLER-ERPELT, S.: Konstitution und Fettsucht bei Jugendlichen. In: Medizinische Klinik, 1976, 71/46, 2007-2012.

71. ESCHER, M., HEYDEN, S., CHRISTELLER, S., GASSER, J.P., KELLER, H., RAMSLER, L., GEEL, O.: Hypertonie, Nikotinabusus, Hypercholesterinämie und Übergewicht bei Schweizer Männern 1973. In: Schweizer Medizinische Wochenschrift, 1974, 104/40, 1423-1428.
72. ETH, S.: Stereotaxy for obesity. In: Lancet, 1974, 1, 867.
73. EYSENCK, H.J.: Sexualität und Persönlichkeit. Europaverlag: Wien 1976.
74. FERSTL, R., RICHTER, M.: Abnehmen per Post. In: Psychologie Heute, 1976, 3, 23-26.
75. FERSTL, R., JOKUSCH, U., BRENGELMANN, J.C.: Die Verhaltens-therapeutische Behandlung des Übergewichts. In: International Journal of Health Education, 1975, 18/2, 119-136.
76. FIELD, P.B., KLINE, M.V.: Previous psychotherapy among hypno-therapy applicants. In: American Journal of Clinical Hypnosis, 1974, 17/2, 125-130.
77. FISCHER, H.K.: Some aspects of psychotherapy in patients with addictive personality traits. In: Psychosomatics, 1973, 14/1, 27-32.
78. FENICHEL, O.: The psychoanalytic theory of neurosis. New York 1945.
79. FOREYT, J.P., HAGEN, R.L.: Covert sensitization conditioning or suggestion. In: Journal of Abnormal Psychology, 1973, 82/1, 17-21.
80. FREYBERGER, H.: Psychosomatik der Fettsucht. In: Medizinische Klinik, 1972, 67/43.
81. FREYBERGER, H., KARK, B.: Gruppentherapie bei Fettsuchtkranken. In: Münchner Medizinische Wochenschrift, 1958, 7, 268-271.
82. FRIEDMAN, S.: On the presence of a variant form of instinctual regression. Oral drive cycles on obesity-bulimia. In: Psychoanalytic Quarterly (New York), 1972, 41, 364-383.
83. GARB, J.L., STUNKARD, A.J.: Taste aversions in man. In: American Journal of Psychiatry, 1974, 131/11, 1204-1207.
84. GARB, J.R., STUNKARD, A.J.: Effectiveness of a self help group in obesity. Dept. Psychiat., Univ. Pennsylvania, Philadelphia, Pa, 1974.
85. GARETZ, F.K.: Socio-psychological factors in overeating and dieting with comments on popular reducing methods. In: Practitioner, 1973, 210/1259, 671-676.
86. GASTINEAU, D.F.: Obesity: Risks, causes and treatments; symp. on endocrine disorders. In: Medical Clinics of North America, 1972, 56/4, 1021-1028.
87. GAUL, D.J.: Relationship between eating rates and obesity. In: Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1975, 43/2, 123-125.
88. GERHARDT, C., ROBERTSE, J., LAUBSCHER, N.F., DU PLESSIS, J.R.: Obesity a psychological study. In: African Medical Journal, 1974, 48, 2507.
89. GERCKE W.: Das Fettsuchtproblem aus der Sicht der Versicherungsträger. In: CREMER, H.D., et al. (Hrsg.): Fettsucht, Gefahren, Prophylaxe, Therapie. J.F. Lehmann Verlag: München 1968.

109. GUGGENHEIM, K., POZNANSKI, R., KAUFMANN, N.A.: Body build and self-perception in 13- and 14-year old israel children and theis relationship to obesity. In: Israel Journal of Medical Sciences, 1973, 9/2, 120-128.
110. GYGI, Carole, SASLOW, G., SENGSTAKE, C.B.: Self-confrontation and weight reduction: a controlled experiment. In: Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 1973, 1/4, 315-320.
111. HAGEN, R.L.: Group therapy versus bibliotherapy in weight reduction. In: Behaviour Therapy, 1974, 5/2, 222-234.
112. HALL, S.M., HALL, R.G., HANSON, R.W., BORDEN, B.L.: Permanence of two self managed treatments of overweight in university and community populations. In: Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1974, 42/6, 781-786.
113. HAMBURGER, J.I.: Observations on the personality of the obesity patient. In: Michigan Medicine, 1974, 73, 375-380.
114. HAMMAR, S.L., CAMPBELL, M.M., CAMPBELL, V.A., MOORES, M.L., SAREEN, C., GAREIS, F.J., LUCAS, B.: An interdisciplinary study of adolescent obesity. In: Journal of Pediatrics, 1972, 80/3, 373-383.
115. HARTMANN-BANGERTER, S., HARTMANN, H.: Langzeiterfolge bei der Gewichtsregulierung von Adipösen. In: Therapeutische Umschau, 1976, 33/II.
116. HARTMANN, G.: Epidemiologische Felduntersuchung in Hessen; sh. Ernährungsbericht 1976.
117. HEALD, F.P.: The natural history of obesity. In: Advances in Psychosomatic Medicine, 1972, 7, 102-115.
118. HEALD, F.P., KHAN, M.A.: Teenage obesity. In: Pediatric Clinics of North America, 1973, 20/4, 807-817.
119. HEDDERICH, G., WEIDLICH, S.: Das nicht bewußte Eigenurteil adipöser Patienten. In: Deutsche Medizinische Wochenschrift, 1971, 96, 784-789.
120. HEHL, F.J., HEHL, R.: Persönlichkeits-Skalen System 25 (PSS 25). Beltz-Testgesellschaft mbH: Weinheim 1975.
121. HELD, M.L., SNOW, D.L.: MMPI, internal-external control, and problem check list scores of obese adolescent females. In: Journal of Clinical Psychology, 1972, 28/4, 523-525.
122. HELDENBERG, D., TAMIR, J., ASHNER, M., WERBIN, B.: Hyperphagia, obesity and diabetes insipidus due to hypothalamic lesion in a girl. In: Helvetica Paediatrica Acta, 1972, 27, 489-494.
123. HERMAN, C.P., POLIVY, Janet: Anxiety, restraint, and eating behavior. In: Journal of Abnormal Psychology, 1975, 84/6, 666-672.
124. HEWITT, M.I.: Negative mood, hunger and weight classification. In: Obesity Barlat. Med., 1974, 3/1, 24-27.
125. HILL, S.W., McCUTCHEON, N.B.: Eating responses of obese and nonobese humans during dinner meals. In: Psychosomatic Medicine, 1975, 37/5, 395-401.

126. HOELTZ, W.: Fit-ess Computer-Diät. Verantwortliche Betreuungsstelle: Wolfig. HOELTZ-KG, Epplerinweg 10, D-7060 Schomdorf.
127. HÖLZER, K.H.: Somatische Therapie der Adipositas bei Überernährung. In: Monatsschrift für Kinderheilkunde, 1975, 123, 259-263.
128. HOLLAND, J., MASLING, J., COPLEY, D.: Mental illness in lower class normal, obese and hyperobese women. In: Psychosomatic Medicine, 1971, 32/4, 351-357.
129. HOROWITZ, Roslyn H.: The influence of various group counseling procedures on certain personality traits and weight control among obese women. In: Dissertation Abstracts International, 1973, 34/5-A, 2299.
130. HOWARD, A.: Recent advances in obesity research. Newman Publishing Ltd.: London 1975.
131. HOWELL, E.G.: Obesity and smoking habits. In: British Medical Journal, 1971, 12, 625-626.
132. HUBER, E.G.: Psychological aspects of obesity in childhood. In: Acta Paedopsychiatrica, 1968, 35/1, 29-294.
133. HÜBSCHER, G.: Die Umsetzung des Fettes im Darmlumen und in der Darmwand. Sonderdruck aus "Medizin und Ernährung": Sonderheft "Fett-Transport und Fettverwertung nach oraler und intravenöser Fettzufuhr", Lochham 1963.
134. HUENEMANN, R.L.: Food habits of obese and nonobese adolescents. In: Postgraduate Medicine, 1972, 5, 99-105.
135. HUSEMANN, B.: Die chirurgische Therapie von Adipositas und Hyperlipidämie. Verlag Gerhard Witzotrock GmbH.: Baden-Baden 1975.
136. HUSEMANN, B.: Metabolism after jejunoileostomy in the treatment of extreme obesity. In: Progress in Surgery, 1977, 15, 77-108.
137. HUSEMANN, B., MROZEK, B.: Die chirurgische Behandlung der Fettsucht. In: Aktuelle Ernährungsmedizin, 1976, 1/2, 61-67.
138. HUSEMANN, B., MROZEK, B.: Methoden und Ergebnisse der chirurgischen Behandlung der extremen Fettsucht. In: Klinik-arzt, 1978, 7/2, 129-142.
139. INGRAM, D.H.: Psychoanalytic treatment of the obese person (1). In: American Journal of Psychoanalysis, 1976, 36/1, 35-41.
140. INTERNISTEN-KONGREß: Symposium A: Adipositas: moderne Therapieaspekte. In: Tägliche Ärztliche Praxis, 1976, 3, 108-110.
141. JAHNKE, K.: Zur Anwendung und Technik von Ernährungsanamnesen. In: Internist, 1964, 5, 412.
142. JEFFREY, D.B.: Some methodological issues in research on obesity. In: Psychological Report, 1974, 35/1, 623-626.
143. JEFFREY, D.B.: A comparison of the effects of external control and self control on the modification and maintenance of weight. In: Journal of Abnormal Psychology, 1974, 83/4, 404-410.
144. JEFFREY, D.B., CHRISTENSEN, E.R.: Behavior therapy versus "will power" in the management of obesity. In: Journal of Psychology, 1975, 90/2, 303-311.

145. JEFFREY, D.B., CHRISTENSEN, E.R., PAPPAS, J.P.: Developing a behavioral program and therapist manual for the treatment of obesity. In: Journal of the American College Health Association, 1973, 21/5, 455-459.
146. JONAS, A.D., JONAS, D.F.: Herbivore/ karnivore Freßmuster - und Obesitas. In: Modern Medicine, 1976, 44, 84.
147. KALUCY, R.S., CRISP, A.H.: Some psychological and social implications of massive obesity: A study of some psychosocial accompaniments of major fat loss occurring without dietary restriction in massively obese patients. In: Journal of Psychosomatic Research, 1974, 18/6, 465-473.
148. KAPLAN, H.I., KAPLAN, H.S.: The psychosomatic concept of obesity. In: Journal of Nervous and Mental Disease, 1957, 125, 181-189.
149. KARPOWITZ, D.H., ZEIS, F.R.: Personality and behavior differences of obese and nonobese adolescents. In: Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1975, 43/6, 886-891.
150. KEHRER, H.E., LOETTERS, H.: Die Behandlung von Fettsucht mit Verhaltenstherapie. In: Medizinische Klinik, 1975, 70/46, 1867-1870.
151. KEITH, R.R., VANDENBERG, S.G.: Relation between orality and weight. In: Psychological Reports, 1974, 35/3, 1205-1206.
152. KELLER, Ch., ZÖLLNER, N.: Diätetische Therapie des Übergewichts einschließlich Risiken. In: Therapiewoche, 1978, 3, 370.
153. KHOSLA, T., LOWE, C.R.: Obesity and smoking habits. In: British Medical Journal, 1971, 10-13.
154. KHOSLA, T., LOWE, C.R.: Obesity and smoking habits by social class. In: British Journal of Preventive & Social Medicine, 1972, 26/4, 249-256.
155. KIELL, N.: The psychology of obesity. Charles C. Thomas, Publisher: Springfield, Illinois 1973.
156. KINSEY, A.C., POMEROY, W.D., MARTIN, C.E.: Das sexuelle Verhalten des Mannes. C.B. Fischer: Berlin, Frankfurt/M. 1955.
157. KINSEY, A.C., POMEROY, W.D., MARTIN, C.E., GEBHARD, P.H.: Das sexuelle Verhalten der Frau. S. Fischer Verlag, 1963.
158. KLEINE, H.O.: Die Psychotherapie in der Behandlung Fettsüchtiger. In: Münchner medizinische Wochenschrift, 1958, 7, 265-268.
159. KÖBEL, W.: Extremgruppenvergleich zwischen psychosomatischen Patienten ohne und mit starker Klagsamkeit über geschlechtliche Untererregbarkeit. Diss. Gießen, 1974.
160. KOHLE, K., HELLMANN, M., WEIDLICH, S., LAUBE, H.: Zur Psychologie des Langzeiterfolges bei Adipösen nach totalem Fasten. In: Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin, 1971, 77, 582-585.
161. KORNBABER, A.: Obesity depression clinical evaluation with a new anorexigenic agent. In: Psychosomatics, 1973, 14/3, 162-167.

162. KREZE, A., ZELINA, M., JUHAS, J., GARBARA, M.: Relationship between intelligence and relative prevalence of obesity. In: *Human Biology*, 1974, 46/1, 109-113.
163. KRÜSKEMPER, G.M., TÖRÖK, M., BERGER, M., ZIMMERMANN, H., KRÜSKEMPER, H.L.: Psychologische Probleme bei Übergewichtigen. In: *Medizinische Klinik*, 1977, 72/7, 247-252.
164. KUHN, E., VOLJTEUCHOVSKY, M.: The metabolic effects of nervous mental stress upon healthy, neurotic and obese persons. *Abhandlungen der deutschen Akademie der Wissenschaften zu Berlin* 1966, 2, 235-238.
165. LABHARDT, F.: Psychosomatische Aspekte der Adipositas. In: *Psychosomatic Medicine*, 1973, 5, 42-43.
166. LAGEDER, H.: Erwünschte und unerwünschte Wirkungen der Fastentherapie. In: *Hippokrates*, 1975, 46/I, 70-85.
167. LASSITER, R.E., WILLETT, A.B.: Interaction of group cotherapists in the multidisciplinary team treatment of obesity. In: *International Journal of Group Psychotherapy*, 1973, 23/1, 82-92.
168. LAUBE, H., KÖHLE, K., DITSCHUNEIT, H., PFEIFFER, E.F.: Dauererfolg von Fastenkuren. In: *Deutsche medizinische Wochenschrift*, 1972, 97, 830-835.
169. LECKIE, E.V., WITHERS, R.F.: Obesity and depression. In: *Journal of Psychosomatic Research*, 1967, 11/1, 107-115.
170. LEFLEY, Harriet P.: Masculinity-femininity in obese women. In: *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 1971, 37/2, 180-186.
171. LEHRL, S., GALLWITZ, A.: Erlanger Depressions-Skala (EDS). VLESS, VATERSTETTEN: - München 1977.
172. LEON, G.R., CHAMBERLAIN, K.: Emotional arousal, eating patterns, and body image as differential factors associated with varying success in maintaining a weight loss. In: *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1973, 40/3, 474-480.
173. LEVITZ, L.S., STUNKARD, A.J.: A therapeutic coalition for obesity behavior modification and patient self help. In: *American Journal of Psychiatry*, 1974, 131/4, 423-427.
174. LIEBERMEISTER, H., PROBST, G., JAHNKE, K.: Erfahrungen mit dem Appetithemmer Fenfluraminhydrochlorid bei der Adipositas. In: *Medizinische Klinik*, 1969^b, 64, 1201-1207.
175. LIEBERMEISTER, H.: Gewichtsreduktion bei Adipositas durch Diät, Medikamente und operative Verfahren. In: *Klinische Wochenschrift*, 1971, 49, 125-134.
176. LIEBERMEISTER, H.: Die Fettsucht als sozialmedizinisches Problem. In: *Medical Tribune*, 1970, 5/6.
177. LÖHR, G., WALTER, A.: Die LZ-Skala. Zur Erfassung der subjektiven Lebenszufriedenheit im Alter. In: *Diagnostica*, 1974, 20/2, 83-91.
178. LOHMÖLLER, G.: Übergewicht und Kreislauf. In: *Therapiewoche*, 1978, 3, 339-345.
179. LOURIE, J.A.: Obesity and smoking habits. In: *British Medical Journal*, 1972, Jan..

180. LUHANOVA, Z.: Durch Fettsucht behinderte Kinder. In: Öffentliches Gesundheitswesen, 1969, 31, 209-214.
181. MacMILLAN, D.R., BIN KIM, Ch., WEISSKOPF, B.: Syndrom of growth resistance, obesity, and intellectual impairment with precocious puberty. In: Archives of Disease in Childhood, 1972, 47, 119-121.
182. MAHONEY, M.J.: Self reward and self monitoring techniques for weight control. In: Behavior, Therapy, 1974, 5/1, 48-57.
183. MARKS, H.E., PEMLEY, N.R.: The effects of type of lesion and percentage body weight loss on measures of motivated behavior on rats with hypothalamic lesions. In: Behavioral Biology, 1972, 7/1, 93-111.
184. MARSHALL, M.: Übergewicht und Venenerkrankungen. In: Therapiewoche, 1978, 3, 354-361.
185. MATHIEU, J.P.: Obesity in the child. The role of the psychiatrist in the therapeutic team. In: Revue Medicale de Liege, 1974, 29/16, 478-479.
186. MAYER, J.: Overweight: Causes, cost and control. Englewood cliffs, N.J.: Prentice-Hall 1968.
187. McCALL, R.J.: MMPI factors that differentiate remediable from irretrievably obese women. In: Journal of Community Psychology, 1973, 1/1, 34-36.
188. McCALL, R.J.: Group therapy with women of varying MMPI profiles. In: Journal of Clinical Psychology, 1974, 3/4, 466-470.
189. McCULLY, R.S., GLUCKSMAN, M.L., HIRSCH, J., CORNELL, COLL, T.: Nutrition imagery in the rorschach materials of food-deprived, obese patients. In: Journal of projective Techniques and Personality Assessment, 1968, 32/4, 375-382.
190. McKENNA, R.J.: Some effects of anxiety level and food cues on the eating behavior of obese and normal subjects: A comparison of the schachterian and psychosomatic conceptions. In: Journal of Personality and Social Psychology, 1972, 22/3, 311-319.
191. MEDICAL TRIBUNE KONGRESSBERICHTE: 1972, 10 a.
192. 1973, 8/28.
193. 1977, 39.
194. 1977, 52.
195. 1978, 13/20.
196. MEDICAL WORLD NEWS: Crash diet. 1973, 27/4.
197. MEERWEIN, F.: Magersucht und Fettsucht unter psychosomatischen Aspekten. In: Kurse ärztl. Fortbild, 1975, 25/6, 289-292.
198. MELLBIN, T., VUILLE, J.G.: Physical development at 7 years of age in relation to velocity of weight gain in infancy with special reference to incidence of overweight. In: British Journal of Preventive and Social Medicine, 1972, 27, 225-235.
199. MEYER, J.E.: Obesity in terms of self-esteem and the judgment of society. In: Psychotherapy & Psychosomatics, 1967, 15/1, 47.
200. MEYER, J.E., PUDEL, V.: Experimental studies on food-intake in obese and normal weight subjects. In: Journal of Psychosomatic Research, 1972, 16, 305-308.

201. MEYER, J.E., TUCHELT-GALLWITZ, A.: Psychiatrisch-psychologische Untersuchungen an weibl. Fettsüchtigen. In: Psychosomatic Medicine, 1967, XIII/2.
202. MEYER, J.E., TUCHELT-GALLWITZ, A.: A study on social image, body image and the problem of psychogenetic factors in obesity. In: Comprehensive Psychiatry, 1968, 9/2, 148-154.
203. MILLS, M.J., STUNKARD, A.J.: Behavioral changes following surgery for obesity. In: American Journal of Psychiatry, 1976, 133/5, 527-531.
204. MÜLLER, F. et al.: Zur Verbreitung der Fettsucht in der Deutschen Demokratischen Republik. In: Zeitschrift für Innere Medizin, 1970, 22.
205. MULLI, J.C., WEBER, I., FABRE, J.: Epidemiology of hypertension. In: Schweizer Medizinische Wochenschrift, 1973, 103/47, 1663-1670.
206. MURRAY, D.C., DAVIDOFF, Linda, HARRINGTON, GARTH, L.: In vivo self-control training. In: Psychological Reports, 1975, 37/1, 249-258.
207. NATHAN, Susan, PISULA, Dorothy: Psychological observations of obese adolescents during starvation treatment. In: Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 1970, 9/4, 722-772.
208. NISBETT, R.E.: Determinants of food intake in obesity. In: Science, 1967, 159, 1254-1255.
209. NISBETT, R.E.: Taste, deprivation, and weight determinants of eating behavior. In: Journal of Personality and Social Psychology, 1968, 10/2, 107-116.
210. NISBETT, R.E.: Hunger, obesity, and the ventromedial hypothalamus. In: Psychological Review, 1972, 79/6, 433-453.
211. NISBETT, R.E., KANOUSE, D.E.: Obesity, food deprivation, and supermarket shopping behavior. In: Journal of Personality and Social Psychology, 1969, 12/4, 289-294.
212. NISBETT, R.E., STORMS, M.D.: Cognitive and social determinants of food intake. In: LONDON, H., NISBETT, R.E. (Eds): thought and feeling: Cognitive alteration of feeling states. Chicago IL: Aldine 1975.
213. OVERBECKE, G.: Objektivierende Untersuchungen zur Ich-Struktur und Objektbeziehung von Patienten mit psychosomatischen Störungen. Habilitations-Schrift, Gießen 1975.
214. PALMER, B., HALLBERG, D., BACKMAN, L.: Skin reduction plastics following intestinal shunt operations for treatment of obesity. In: Scandinavian Journal of Plastic and Reconstructive Surgery, 1975, 9/1, 47-52.
215. PARHAM, E.S., KENG, H.C., MOHIUDDIN, I.: Sensitivity to physiological hunger cues are the obese really different. In: Nutrition Reports International, 1975, 12/6, 383-386.
216. PEARSON, E.S., HARTLEY, H.O.: Biometrika tables for statisticians. Cambridge, 1966, 1970, Vol. 1, 3rd ed.
217. PESCATORE, E.A.: Personal reaction to weight loss. In: American Journal of Nursing, 1974, 74/12, 2227-2229.

218. PETERS, U.H., RIEGER, H.: Das Pickwick-Syndrom; Schlafanfälle und Periodenatmung bei Adipösen. Urban und Schwarzenberg: München, Berlin, Wien 1976.
219. PFLANZ, M.: Sozialkulturelle Faktoren und innere Erkrankungen. In: Internist, 1962 a, 3, 80-85.
220. PFLANZ, M.: Medizinische soziologische Aspekte der Fettsucht. In: Psyche, 1962/63, 16, 579-591.
221. PINCHERLE, G.: Obesity and smoking habits. In: British Medical Journal, 1971, Oct.
222. PLINER, P., MEYER, P., BLANKSTEIN, K.: Responsiveness to affective stimuli by obese and normal individuals. In: Journal of Abnormal Psychology, 1974, 83/1, 74-80.
223. PLUTCHIK, R.: Emotions and attitudes related to being overweight. In: Journal of Clinical Psychology, 1976, 32/1, 21-24.
224. POHLE-HAUSS, H., SCHRAML, W.J.: Familienkonstellationen bei fettsüchtigen Knaben. In: Zeitschrift für Klinische Psychotherapie, 1972, 20/3, 249-278.
225. PUDEL, V.: Der Einfluß vorgetäuschter Kalorien auf das Sättigungsgefühl Übergewichtiger. In: Zeitschrift für experimentelle und angewandte Psychologie, 1973, 20/4, 653-662.
226. PUDEL, V.: Adipositas-Bilanzproblem oder Verhaltensstörung? In: Aktuelle Ernährung, 1976, I/2, 47-51.
227. PUDEL, V., JUNG, F.: Psychologische und psychosoziale Faktoren bei der Genese der kindlichen Adipositas. In: Monatsschrift für Kinderheilkunde, 1975, 123/5, 255-258.
228. PUDEL, V., MEYER, J.E.: Pbesity experimental investigations of appetite and atiety regulation. In: Deutsche Medizinische Wochenschrift, 1974, 99/13, 618-628.
229. PUDEL, V., METZDORFF, M., OETTING, M.: Zur Persönlichkeit Adipöser in psychologischen Tests unter Berücksichtigung latenter Fettsüchtiger. In: Zeitschrift für psychosomatische Medizin und Psychoanalyse, 1975, 21, 345-361.
230. PRICE, J.M., GRINKER, J.: Effects of degree of obesity, food deprivation and palatability on eating behavior of humans. In: Journal of Comparative and Physiological Psychology, 1973, 85/2, 265-271.
231. QUERESHI, M.Y.: Some psychological factors that distinguish between the remediablely and irremediably obese. In: Journal of Clinical Psychology, 1972, 28/1, 17-22.
232. QUERESHI, M.Y.: Some behavioral and biossocial correlates of remediability among the chronically obese. In: Journal of Clinical Psychology, 1975, 31/1, 103-107.
233. RANDOLPH, J.G., WEINTRAUB, W.H., RIGG, A.: Jejunoileal bypass for morbid obesity in adolescents. In: Journal of Pediatric Surgery, 1974, 9/3, 341-345.
234. REICH, J.: The surgical improvement in appearance of the female body. In: Medical Journal of Australia, 1974, 2/21, 767-774.
235. REICHSMAN, F.: Hunger and satiety in health and disease. In: Advances in Psychosomatic Medicine, 1972, 7.
236. REIMER, F.: Erfahrungen mit Langzeitpsychopharmaka in einem psychiatrischen Hospital. In: International Pharmacopsychiatry, 1974, 9/4, 245-247.
237. RIES, W.: Fettsucht. Verlag J.A. Barth: Leipzig 1970.

238. RIDGEN, S.R., HAGEN, D.O.: Psychiatric aspects in intestinal bypass surgery for obesity. A follow up study. In: *Mis-souri Medicine*, 1975, 72/1, 21-24.
239. RIMM, I.J., RIMM, A.A.: Association between socioeconomic status and obesity in 59, 566 women. In: *Preventive Me-dicine*, 1974, 3, 543-572.
240. ROBERTSON, S.J.T.: Weightloss by hypnotherapeutic suggestion. In: *Update*, 1975, 10/9, 951-960.
241. RODIN, J., SLOCHOWER, J.: Fat chance for a favor: obese-nor-mal differences in compliance and incidental learning. In: *Journal of Personality and Social Psychology*, 1974, 29/4, 557-565.
242. ROMANCZYK, R.G.: Self monitoring in the treatment of obesity parameters of reactivity. In: *Behavior Therapy*, 1974, 5/4, 531-540.
243. ROMANCZYK, R.G., TRACEY, D.A., WILSON, G.T., THORPE, G.L.: Behavioral techniques in the treatment of obesity a comparative analysis. In: *Behavior Research and Therapy*, 1973, 11/4, 629-640.
244. ROWLAND, N.E.: Stress-induced hyperphagia and obesity in rats. A passible model for understanding human obesity. In: *Science*, 1976, 191, 310-311.
245. RÜEDI, B.: Identical twins with marked weight dissimilarity. In: *Helvetica Medica Acta*, 1969/70, 35, 512-520.
246. SACHS, L.: *Statistische Auswertungsmethoden*. Springer-Verlag: Berlin, Heidelberg, New York 1968.
247. SACKS, L.L.: Drug addiction, alcoholism, smoking, obesity treatment by auricular staplepuncture. In: *American Journal of Acupuncture*, 1975, 3/2, 147-150.
248. SAFFER, J.B., BARKER, P.: Obesity, a voluntary disorder. In: *Virginia Medicine Monthly*, 1973, 100/10, 942-946.
249. SAFFER, J.B., KELLY, G.L.: Treatment the obese adolescent. In: *Psychiatr. Forum*, 1974, 4/2, 27-32.
250. SALLER, K.: *Lehrbuch der Anthropologie*, Bd. II, Gustav-Fi-scher-Verlag: Stuttgart 1959.
251. SALMON, P.A., REEDYK, L.: Fatty metamorphosis in patients with jejunoileal bypass surgery. In: *Gynecology and Obstetrics*, 1975, 141, 75-84.
252. SALTIEL, H.: Obesity as a symptom. Psycho dynamic classifica-tion and treatment. In: *Semaine des Hopitaux de Paris*, 1973, 49/53, 3629-3638.
253. SALZMAN, L.: Ob s sive-compulsive aspects of obesity. In: *Psychiatry in Medicine*, 1972, 3/1, 29-36.
254. SCHACHTER, ST.: Obesity and eating. In: *Science*, 1968, 161, 751-756.
255. SCHACHTER, ST.: Emotion, obesity and crime. In: *Social Psy-chology, A series of monographs, treatises and tests*. Academic Press: New York, London 1971.
256. SCHACHTER, ST.: Some extraordinary facts about obese humans and rats. In: *American Psychologist*, 1971 a, 26, 129-144.
257. SCHACHTER, ST., GROSS, L.: Manipulated time and eating beha-vior. In: *Journal of Personality and Social Psychology*, 1968, 10/2, 98-106.
258. SCHACHTER, ST., GOLDMAN, R., GORDON, A.: Effects of fear, food deprivation, and obesity on eating. In: *Journal of Perse-onality and Social Psychology*, 1968, 10/2, 91-97.

259. SCHATTENKIRCHNER, M., MÜLLER-FASSBENDER, H.: Übergewicht und Skeletterkrankungen. In: Therapiewoche, 1978, 3, 361-370.
260. SCHLETTWEIN-GSELL, Daniela: Zur Methodik von Ernährungserhebungen. In: Vitamie Editions "Roche" 1972.
261. SCHLICK, W., SCHMID, P., IRSIGLER, K.: Körperzusammensetzung bei Normalgewichtigen und Fettsüchtigen. In: Deutsche medizinische Wochenschrift, 1976, 101, 67-72.
262. SCHMIDT, G., SIGUSCH, V., SCHORSCH, E.: Tendenzen der Sexueiforschung. Ferdinand Enke Verlag: Stuttgart 1976.
263. SCHWALB, H.: Risikofaktoren der koronaren Herzkrankheiten bei hospitalisierten psychisch Kranken. In: Münchner Medizinische Wochenschrift, 1975, 117/28, 1181-1188.
264. SCHWALB, H., HANIKA, R.: Cardiologic risk factors in patients of a psychiatric. In: Hospital, 1974, 45/10, 544-547.
265. SCLAFANI, A., BELLUZI, J.D., GROSSMAN, S.P.: Effects of lesions in the hypothalamus and amygdala on feeding behavior in the rat. In: Journal of Comparative & Physiological Psychology, 1970, 72/3, 394-403.
266. SCLAFANI, A., BERNER, CH.N., MAUL, G.: Multiple knife cuts between the mdial and lateral hypothalamus in the rat: A reevaluation of hypothalamic feeding circulatory. In: Journal of Comparative & Physiological Psychology, 1975, 88/1, 210-217.
267. SEGERS, M.J., MERTENS, C.: Psychological and bioclinical cho risk factors. Quantitative differences between obese, normal and thin subjects. In: Journal of Psychosomatic Research, 1974, 18/6, 403-411.
268. SEGERS, M.J., MERTENS, C., VASTESAEGER, M.: Expression des l'anxiete associee a l'hyper glyceridemie avec et sans obeseite. In: Journal of Psychosomatic Research, 1975, 19/3, 169-182.
269. SEGERS, M.J., MERTENS, C.: Relationships between anxiety, depression self rating and chd risk factors among obese. Normal and lean individuals. In: Journal of Psychosomatic Research, 1976, 20/1, 25-35.
270. SIEGEL, S.: Nichtparametrische Methoden. Fachbuchhandlung für Psychologie: Frankfurt am Main, 1976.
271. SILVERSTONE, J.T.: Obesity and social class. In: Psychotherapy & Psychosomatics, 1970, 18/1-6, 226-230.
272. SILVERSTONE, J.T.: Psychological and social aspects of obesity. In: British Journal of Hospital Medicine, 1973, 10/1, 39-42.
273. SILVERSTONE, J.T., COOPER, R.W.: Short-term weight loss in refractory obesity. In: Journal of Psychosomatic Research, 1972, 16/2, 123-128.
274. SINGH, D.: Psychology of obesity failure to inhibit responses. In: Obesity Bariat. Med., 1974, 3/5, 160-165.
275. SLADE, P.D.: A short andrexic behavior scale. In: British Journal of Psychiatry, 1973, 122, 83-85.
276. SLADE, P.D., RUSSELL, G.F.M.: Experimental investigations of bodily perception in anorexia nervosa and obesity. In: Psychotherapy and Psychosomatics, 1973, 22/2-6, 359-363.
277. SNOW, D.L., HELD, M.L.: Relation between locus of control and the MMPI with obese female adolescents. In: Journal of Clinical Psychology, 1973, 29/1, 24-25.
278. SNOW, D.L., HELD, M.L.: Group psychotherapy with obese adolescent females. In: Adolescence, 1973, 8/31, 407-414.

279. SOLOW, C., SILBERFARB, P.M., SWIFT, Katharine: Psychosocial effects of intestinal bypass surgery for severe obesity. In: Journal of Medicine (New England), 1974, 290/6, 300-304.
280. SPANIER, A.H., KURTZ, R.S., SHIBATA, H.R., Mac LEAN, L.D., SHIZGAL, H.M.: Alternations in body composition following intestinal bypass for morbid obesity. In: Surgery, 1976, 80/2, 171-177.
281. STÄCKER, K.¹H., BARTMANN, U.: Psychologie des Rauchens. Quelle und Meyer: Heidelberg 1974.
282. STÄHELIN, H.B.: Epidemiologie der Adipositas. In: Therapeutische Umschau, 1976, 33/II.
283. STATISTISCHES JAHRBUCH: Für die Bundesrepublik Deutschland. Herausgeber: Staat. Bundesamt/Wiesbaden. Verlag: W. Kohlhammer GmbH., Stuttgart und Mainz 1976.
284. STEELE, C.I.: Obese adolescent girls some diagnostic and treatment considerations. In: Adolescence, 1974, 9/33, 81-96.
285. STEPHANOS, S., AUHAGEN, U.: Pathologische primäre Identifikation und ihre Auswirkungen auf die "psychosomatische" Ökonomie des Individuums. In: Psychotherapie und Medizinische Psychologie, 1978, 28, 37-49.
286. STERN, J.J., PORTERFIELD, A.L., KRUPA, R.L., MICHIGAN, DEARBORN, U.: Endocrine interactions in regulation of body weight by female rats. In: Journal of Comparative and Physiological Psychology, 1974, 86/5, 926-929.
287. STEWART, R.A., POWELL, G.E., TUTTIN, S.J.: The oral character: Personality type or stereotype? In: Perceptual & Motor Skills, 1973, 37/3, 948.
288. STOLECKE, H., TERHUERNE, C., TILING, E.: Prader Labhart Willi syndrom klinische und psychopathologische Untersuchungsergebnisse bei eigenen Patienten. In: Monatsschrift für Kinderheilkunde, 1974, 122/1, 10-17.
289. STRASSER, A.L. Problems in hiring disadvantaged groups. In: New York State Journal of Medicine, 1972, 72/2, 268-269.
290. STUART, R.B.: Exercise prescription in weight management advantages, techniques and obstacles. In: Obesity Bariat. Med., 1975, 4/1, 16-24.
291. STUNKARD, A.J.: The dieting depression. In: American Journal of Medicine, 1957, 7, 77-86.
292. STUNKARD, A.J.: Environment and obesity: recent advances in our understanding of regulation of food intake in man. In: Federation Proceedings, 1968, 27/6.
293. STUNKARD, A.J.: Predidential address 1974. From explanation to action in psychosomatic medicine. The case of obesity. In: Psychosomatic Medicine, 1975, 37/3, 195-236.
294. STUNKARD, A.J., BURT, Victor: Obesity and the body image: II. Age at onset of disturbances in the body image. In: American Journal of Psychiatry, 1967, 123/11, 1443-1447.
295. STUNKARD, A.J., D'AQUILI, E., FOX, S., FILION, R.D.: Influence of social class on obesity and thinness in children. In: Jama, 1972, 221, 579-584.

296. STUNKARD, A.J., GRACE, W.J., WOLFF, H.G.: The night-eating syndrome. In: American Journal of Medicine, 1955, 7, 78-86.
297. STUNKARD, A.J., RUSH, J.: Dieting and depression reexamined. A critical review of reports of untoward responses during weight reduction for obesity. In: Annals of Internal Medicine, 1974, 81/4, 526-533.
298. SUCHANEK-FRÖHLICH, H.: Über die Bedeutung des Hungers für die Fettsucht. In: Wiener Zeitschrift für Nervenheilkunde, 1957, 13/3, 270-299.
299. TEMMLER-WERKE: Adipositas, Beitrag zu einer schwerwiegenden Krankheit. Marburg-Lahn 1975.
300. THOMAE, H., BLANKENBURG, J., UHR, R., WEINERT, F.: "Orale" Frustration und Persönlichkeit. In: Zeitschrift für Psychologie, 1962, 167/1-2, 31-41.
301. THORNE, D.E., RASMUS, Carolyn, FISHER, A.G.: Are fat-girls more hypnotically susceptible? In: Psychological Reports, 1976, 38/1, 267-270.
302. TIPTON, R.M., BROWNING, S.: The influence of age and obesity on helping behaviour. In: British Journal of Social and Clinical Psychology, 1972, II, 404-406.
303. TOMAN, W.: Familienkonstellationen. C.H. Beck: München 1965.
304. TOMAN, W.: Motivation, Persönlichkeit, Umwelt. Verlag Hogrefe: Göttingen 1968.
305. TOMAN, W.: Manuskript zum Manual des Traumtests (PALS). o.J.
306. TOMAN, W., FRANCK, U., SCHMIDT, R.: Individuelle Freundschaftssysteme. Projekt der DFG (1968-71), Bad Godesberg.
307. TOMAN, W., PREISER, S.: Familienkonstellationen und ihre Störungen: Ihre Wirkungen auf die Person, ihre sozialen Beziehungen und die nachfolgende Generation. Enke Verlag: Stuttgart 1973.
308. TRAUTWEIN, H.: Risikofaktor Fettsucht. In: Münchner Medizinische Wochenschrift, 1973, 115/47, 2151-2155.
309. VAISRUB, S.: Psychoneurosis and obesity the hen and egg dilemma. In: Journal of the American Medical Association, 1974, 230/4, 591.
310. VIERTMANN, B.: Eine empirische Untersuchung zum "Psychosomatischen Phänomen" mit Hilfe des GT. Diss. Heidelberg, 1976.
311. WAGONFELD, S., WOLOWITZ, H.M.: Obesity and the self-help group: A look at tops. In: American Journal of Psychiatry, 1968, 125/2, 249-252.
312. WALLIS, H.: Psychosomatische Behandlungskonzepte der Adipositas im Kindesalter. Monatsschrift für Kinderheilkunde, 1975, 123/5, 264-266.
313. WALTER, Adelheid: Bedingungen der subjektiven Lebenszufriedenheit im Alter. Ein Vergleich von Altersheiminsassen und Bewohnern von Alterswohnungen. Unveröffentlichte Diplomarbeit der Universität Erlangen-Nürnberg 1971.
314. WALTER-SACK, J.: Pharmakotherapie des Übergewichts. In: Therapiewoche, 1978, 3, 345-354.
315. WARNER, K.E., BALAGURA, S.: Intramammary eating patterns of obese and nonobese humans. In: Journal of Comparative and Physiological Psychology. 1975, 89/7, 778-783.

316. WEBB, W.W., PHARES, R., ABRAM, H.S., et al.: Jejunoileal bypass procedures in morbid obesity; preoperative psychological findings. In: Journal of Clinical Psychology, 1976, 32/1, 82-85.
317. WEHNER, J.: Der Traumtest bei endogenen Depressiven und Alkoholikern. Unveröffentlichte Diplomarbeit der Universität Erlangen-Nürnberg, 1969.
318. WEIDLICH, S., HEDDERICH, G.: Selbsterleben adipöser Patienten. In: Zeitschrift für Allgemeinmedizin/Der Landarzt, 1970, 10, 511-517.
319. WEISENBERG, M., FRAY, E.: What's missing in the treatment of obesity by behavior modification. In: Journal of the American Dieting Association, 1974, 65/4, 410-414.
320. WEISS, L.: Predicting postoperative psychopathological reactions in intestinal bypass candidates. In: Obesity.ariat. Med., 1974, 3/5, 168-172.
321. WESELOH, G., LÜHRMANN, A.: Die Bedeutung der Fettsucht bei orthopädischen Erkrankungen. In: Klinikarzt, 1978, 7/2, 146-153.
322. WESTLAKE, R.J., LEVITZ, L.S., STUNKARD, A.J.: A day hospital program for treating obesity. In: Hospital and Community Psychiatry, 1974, 25/9, 609-611.
323. WHITELAW, AGL.: Influence of maternal obesity on subcutaneous fat in the newborn. In: British Medical Journal, 1976, 1, 985-986.
324. WIECK, H.H.: Adipositas - ein psychiatrisches Problem? Vortrag vor der Med. Gesellschaft 1976.
325. WIEDEMANN, H.H., DIBBERN, F.R., GROSSE-Prader-Willi - Syndrom. Medizinische Welt, 1976, 27/32.
326. WOLFF, O.H., LLOYD, J.K.: Childhood obesity. In: Proceedings of the Nutrition Society, 1973, 32/3, 195-198.
327. WOLFRAM, G.: Übergewicht und Störungen des Fett- und Kohlenhydratstoffwechsels. In: Therapiewoche, 1978, 3, 312-333.
328. WUNDERLICH, R.A.: Personality characteristics of super obese persons as measured by the california psychological inventory. In: Psychological Reports, 1974, 35/3, 1029-1030.
329. WUNDERLICH, R.A., KENRICK, M., PEARCE, M.: Psychologic considerations in physical therapy for obese patients. In: Physical Therapy, 1973, 53/7, 757-761.
330. WUNDERLICH, R.A., JOHNSON, W.G., BALL, M.F.: Some personality correlates of obese persons. In: Psychological Reports, 1973, 32/311, 1267-1277.
331. YOUNG, C.: Weight control in a college situation. In: Postgraduate Medicine, May 1972.
332. YUDKIN, J.: The low-carbohydrate diet in the treatment of obesity. In: Postgraduate Medicine, May 1972.
333. ZANDER, E.: Zur Ursache des Violesens. In: Medizinische Klinik, 1973, 68/34-35, 1117-1121.
334. ZECHOWY, A.C.: The influence of social class on the psychodynamics of obesity. Dissertation Abstracts International, 1969, 3 (6-B), 292.
335. ZEIGLER, H.P.: Die Physiologie der oralen Befriedigung. In: Psychologie Heute, 1976, 3, 18-22.
336. ZÖLLNER, N.: Übergewicht - ein Bilanzproblem oder eine Stoffwechselstörung? In: Therapiewoche, 1978, 3, 301-306.

337. ZÖLLNER, N.: Unsinnige Diätformen bei Übergewicht. In: Therapiewoche, 1978, 3, 297-301.

Nachtrag

338. MISOVICH, S.: Birthorder, Affiliation, and Membership in weight-watchers. Psychol. Rep., 1973, 32, 94
339. WOLFRUM, G.: Psycho-soziale Determinanten alimentärer Fettleibigkeit im Kindes- und Jugendalter. Diplomarbeit, Psychologisches Institut I der Universität Erlangen-Nürnberg, 1976
340. DIETERICH, R.: Einführung in die methodischen Grundlagen der Pädagogischen Psychologie. Ernst Reinhard Verlag: München, Basel 1972
341. MARTIN, J.E., D.A. SACHS: The effects of a self control weight loss program on an obese woman. J. Behav. Ther. Exp. Psychiat. 4/2, 1973, 155-159

A N H A N G

Chirurgische Universitätsklinik
(Direktor: Prof. Dr. G. Hegemann)
Universitäts-Nervenklinik
(Direktor: Prof. Dr. H. H. Wieck)
Einheit für Med. Psychologie u. Psychopathometrie
(Leiter: PD Dr. W. Kinzel)

Erlangen, 30. 7. 76

Frau [REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]

4600 Dortmund-Scharnhorst

Sehr verehrte Frau [REDACTED]!

Wir haben Ihnen vor einiger Zeit geschrieben und von einer Operation abgeraten. Ihr Gewicht lag damals unter der Grenze, die wir uns für eine Dünndarmausschaltung gesetzt hatten.

Inzwischen haben wir sovieler Anfragen erhalten, daß wir sehen, wie groß das Problem der Übergewichtigkeit ist. Das zwingt uns, die einzelnen Anträge genauer zu prüfen.

Wir bitten Sie deshalb sehr herzlich, uns die beiliegenden Fragebögen auszufüllen. Das ist für Sie sicherlich unangenehm und kostet Sie Zeit, aber Sie helfen uns dadurch sehr, die krankhafte Übergewichtigkeit zu erforschen und bessere Behandlungswege zu finden.

Aus dem Bogen möchten wir einmal erkennen, wie es Ihnen ergangen ist, seit Sie uns geschrieben haben, zum anderen möchten wir aus medizinisch-psychologischer Sicht die Probleme Übergewichtiger Personen besser kennenlernen.

Ihre Angaben helfen uns aber nur dann, wenn Sie alle Fragebögen ganz a l l e i n e und s o r g f ä l t i g ausfüllen. Nur bei dem Fragebogen, über den "FAMILIENKONSTELLATIONSFRAGEBOGEN" steht, dürfen Sie sich von Ihren Angehörigen helfen lassen. Selbstverständlich unterliegen alle Ihre Angaben der ärztlichen Schweigepflicht.

Wir danken Ihnen schon jetzt sehr herzlich für Ihre Bemühungen. Bitte füllen Sie die Bögen möglichst sofort aus.

Mit freundlichen Grüßen



PD Dr. B. Husemann
(Oberarzt der chirurgischen
Universitätsklinik)



H. Erzigkeit
(Dipl.-Psych.)

Chirurgische Klinik mit Poliklinik
der Universität Erlangen-Nürnberg

Direktor Prof. Dr. med. G. Hegemann
Priv.-Doz. Dr. B. Husemann

Unser Zeichen:
(Bitte bei Antwort angeben!)

852 Erlangen, den 22.10.76

Maximiliansplatz
Telefon (091 31) 851

oder (091 31) 85.....
Nr. d. Nebenstelle

Leider mußten wir bis jetzt vergeblich auf Ihre Antwort warten.
Wir möchten uns deshalb noch einmal in Erinnerung bringen: Bitte
schicken Sie uns die ausgefüllten Fragebögen zurück!

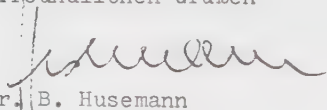
Wie wir in unserem ersten Schreiben schon erläutert haben, benö-
tigen wir Ihre Mitarbeit dringend für die Beantwortung einiger
Fragen aus dem Gebiet der Adipositas, der krankhaften Übergewich-
tigkeit.

Sie helfen uns damit Erfahrungen über eine Patientengruppe zu ge-
winnen, der Sie ja selbst angehören bzw. angehört haben.
Für uns ist dieses Projekt mit großem Arbeitsaufwand und erheb-
lichen Kosten verbunden. Wir müssen Sie deshalb bitten, uns die
doch sehr teuren Fragebögen in jedem Fall zurückzuschicken, gleich-
gültig ob Sie bereit waren sie auszufüllen oder nicht. Für Sie be-
deutet der letztere Fall kaum Mühe; ein Freiumschlag liegt dem Fra-
gebogen bei.

Es ist natürlich auch möglich, daß Ihnen durch irgendwelche Umstände
der Fragebogen verloren gegangen oder beschädigt und damit unbrauch-
bar geworden ist. Bitte schreiben Sie uns in diesem Fall nur eine
Postkarte mit dem Vermerk "Fragebogen fehlt". Wir schicken Ihnen
dann umgehend ein neues Exemplar zu.

Wir hoffen auf Ihr Verständnis für die Dringlichkeit unseres Anlie-
gens und Ihre Bereitschaft zur Mitarbeit.

Mit freundlichen Grüßen


PD Dr. B. Husemann
(Oberarzt d. Klinik)


H. Erzigkeit
(Dipl.-Psych.)

Chirurgische Klinik mit Poliklinik
der Universität Erlangen-Nürnberg
Direktor Prof. Dr. med. G. Hegemann

852 Erlangen, den

Maximiliansplatz
Telefon (091 31) 851

oder (091 31) 85.....
Nr. d. Nebenstelle

Unser Zeichen
(Bitte bei Antwort angeben!)

Chirurgische Universitätsklinik
(Direktor: Prof. Dr. G. Hegemann)
Universitäts-Nervenklinik
(Direktor: Prof. Dr. H. H. Wieck)
Einheit für Med. Psychologie u. Psychopathometrie
(Leiter: PD Dr. W. Kinzel)

Erlangen, 8.8.1976

Sehr geehrte Frau
Sehr geehrter Herr

Vor einiger Zeit haben wir Ihnen eine Reihe von Fragebögen zugeschickt. Wir wissen, daß die Beantwortung der Fragebögen Sie zeitlich sehr belastet. Vielleicht sind Sie auch trotz guten Willens noch nicht dazu gekommen, die Bögen auszufüllen.

Wir möchten uns mit diesem Schreiben in Erinnerung bringen und Sie nochmals bitten, uns die beantworteten Fragebögen möglichst bald zuzuschicken: auf uns wartet dann noch eine zeitaufwendige Analyse der gegebenen Antworten.

Für Ihr Verständnis und Ihre Mühe herzlichen Dank.

Mit freundlichen Grüßen

H. B. Meier

PD Dr. B. Husemann
(Oberarzt der chirurgischen
Universitätsklinik)

H. B. Meier

H. Erzigkeit
(Dipl.-Psych.)

Unser Zeichen:
(Bitte bei Antwort angeben!)

(Befleitbrief zum PSS-25)

Zunächst möchten wir uns bei Ihnen für Ihre freundliche Mitarbeit sehr herzlich bedanken. Sie haben uns damit sehr geholfen.

Mit unserem heutigen Schreiben soll unsere Untersuchung abgeschlossen werden. Wir möchten Sie dazu bitten uns den beiliegenden Fragebogen zu beantworten. Aus Kostengründen war es uns nicht möglich, den Fragebogen schon unserem ersten Schreiben beizulegen. Wir können den Fragebogen nur an die Patienten schicken, die sich als zuverlässig bei der Beantwortung der früheren Fragebögen erwiesen haben.

Kurz zur Erläuterung:

W I C H T I G ist:

- Bitte beantworten Sie den Fragebogen ganz a l l e i n e !
- Schreiben Sie bitte nichts in den Fragebogen! Sie machen ihn damit unbrauchbar. Bitte kreuzen Sie Ihre Antworten nur in dem beiliegenden A n t w o r t b o g e n an!
- Bitte knicken Sie den Antwortbogen nicht: er wird maschinell gelesen.
- Lesen Sie bitte die A n w e i s u n g auf Seite 3 des Fragebogens.
- Die Erläuterung zum Ausfüllen der oberen Angaben auf dem Antwortblatt (Geschlecht, Schulabschluß, Gewicht, Alter, Personenstand, Berufsstellung und Körpergröße) finden Sie auf Seite 2!

Die Beantwortung des Fragebogens ist sehr einfach.

Wenn Sie beispielsweise die Frage 1 auf Seite 4 des Fragebogens mit "stimmt" (+) beantworten möchten, so machen Sie mit einem B l e i s t i f t (damit Sie radieren können) auf dem A n t w o r t b l a t t ein Kreuz ganz links oben hinter der fett gedruckten 1. Möchten Sie die Frage 1 mit "stimmt nicht" (-) beantworten, so kreuzen Sie einfach das Kästchen mit dem (-) hinter der 1 auf dem Antwortbogen an. Das liest sich komplizierter als es wirklich ist, Sie werden sehen, es geht ganz einfach und rasch.

Bitte schicken Sie uns das ausgefüllte Antwortblatt und den Fragebogen möglichst schnell zurück, damit wir mit der Auswertung beginnen können. Ein Freiumschlag liegt bei.

Im voraus besten Dank für Ihre Mühe.

Mit freundlichen Grüßen


PD Dr. B. Husemann


Dipl.-Psych.H. Erzigkeit

W I C H T I G : Beantworten Sie die folgenden Fragen ganz alleine!

Wie haben Sie von der Operationsmöglichkeit in Erlangen erfahren?

(Bitte möglichst genau beschreiben!)

Seit wann sind Sie übergewichtig? Seit [] Jahren

Seit wann stört Sie ihr Übergewicht? Seit [] Jahren

Was haben Sie in erster Linie versucht um abzunehmen?

Was haben Sie schon alles versucht um abzunehmen?

Was hatte den besten Erfolg gebracht? (Zutreffendes bitte ankreuzen)

☐ Diät ☐ weniger Essen ☐ Appetithemmer ☐ Sport ☐ Kuren

☐ Abführmittel ☐ (was sonst?)

Was war Ihre bislang größte Gewichtsabnahme? [] kg

Wer hat Ihnen zum operativen Eingriff geraten? (Zutreffendes ankreuzen)

☐ Familienmitglied (wenn ja, wer? Bitte genau beschreiben, z.B. "mein zweitältester Bruder")

☐ Freund ☐ Freundin ☐ (entfernte) Bekannte ☐ (entfernter) Bekannter

☐ niemand, es war ganz allein mein eigener Entschluß

☐ Hausarzt ☐ Facharzt für [] Krankheiten

(Bitte eintragen! zB. Facharzt für "Haut-krankheiten")

☐ Mann ☐ Frau der/die einen ähnlichen Eingriff hinter sich hatte

☐ wer sonst?

Mit wem konnten Sie am besten über Ihr Problem der Übergewichtigkeit sprechen? Wer hatte am meisten Verständnis für dieses Problem?

☐ Familienmitglied (wenn ja, wer? Bitte genau beschreiben, zB: "mein zweitältester Bruder!")

☐ Freund ☐ Freundin ☐ (entfernte) Bekannte ☐ (entfernter) Bekannter

☐ mit niemandem, diese Probleme verstehen andere sowieso nicht

☐ Hausarzt ☐ Facharzt für [] Krankheiten (z.B.)

☐ Ich gehöre einer Vereinigung Übergewichtiger an, der Name der Vereinigung ist []

wir treffen uns ☐ regelmäßig ☐ unregelmäßig (wie oft im Monat?)

[] mal! Ich habe [] (Jahr) von dieser Vereinigung das erste Mal gehört!

☐ Ich habe noch nie von einer Vereinigung Übergewichtiger gehört!

☐ Ich habe schon gehört, daß es solche Vereinigungen gibt,

☐ ich kenne aber keine in meiner Nähe

☐ ich verspreche mir keinen Erfolg von solchen Vereinigungen

☐ ich lehne Vereinigungen jeder Art ab, deshalb würde ich mich auch nie einer solchen Vereinigung Übergewichtiger anschließen!

☐ ich habe mich schon um Aufnahme in so eine Vereinigung bemüht

Meine Erfahrungen in der oben genannten Vereinigung Übergewichtiger lassen sich kurz folgendermaßen zusammenfassen:

Meine Erfahrungen sind also insgesamt ☐ sehr positiv ☐ positiv

☐ negativ

☐ sehr negativ

Wann haben Sie das erste Mal einen ARZT wegen Ihres Übergewichtes aufgesucht? [] (Jahr)

Welche körperlichen Beschwerden haben/hatten Sie als Begleiterscheinungen der Übergewichtigkeit? _____

I

Welche psychischen, seelischen Probleme haben/hatten Sie als Begleiterscheinungen der Übergewichtigkeit? _____

RAUCHEN SIE ? O ja O nein O Ich habe [] (Jahre) geraucht und vor [] Jahren aufgehört

[] (Menge) Zigaretten pro Tag durchschnittlich
O ich rauche nur Pfeife, etwa [] pro Tag

O Ich rauche nur Zigarren, etwa [] pro Tag

O Ich rauche (bitte ankreuzen)

O Zigaretten

O Zigarren

O Zigarillos

O Pfeife

O Ich nehme Schnupftabak

O Ich nehme []

O Ich habe noch nie geraucht
O Ich habe schon ungefähr [] mal zu rauchen aufgehört und dann nach einiger Zeit wieder angefangen

O Ich lutsche lieber BONBONS, etwa [] Gramm pro Tag

O Ich esse regelmäßig SCHOKOLADE, etwa [] Tafeln pro Tag

II

Wieviel ALKOHOL trinken Sie im Durchschnitt täglich?

[] Flaschen Bier (halbe Liter)

[] Schnaps (einfache), Sorte bzw. %-Alkohol-Gehalt: []

[] Wein (Liter)

Was sonst trinken Sie? []

III

KOCHEN Sie selbst? O ja

O nein

Sind Sie ein sogenannter "Feinschmecker"? O ja O nein

Wer kocht für Sie?

Wer kochte früher für Sie?
Als Sie noch ein Kind oder ein Jugendlicher waren,
[]

(Bitte genau beschreiben! zB.: "Oma, Mutter meiner Mutter")

(Bitte genau beschreiben! zB. "meine Oma, die Mutter meiner Mutter")

Als Sie noch ein Kind waren, war da Ihre MÜTTER berufstätig? O ja O nein ,

Wo konnten Sie zwischen den Hauptmahlzeiten als Kind immer etwas zu essen/naschen bekommen? Bei der _____ (Bitte genau beschreiben! Bp. wie oben!)

Ist das heute auch noch so? O ja O nein , heute gehe ich, wenn ich zwischendurch etwas zu essen haben möchte zu _____ (Bitte genau beschreiben)

IV

0 ja 0 nein Meiner Meinung nach hätten Sie sich pro Tag mindestens Stunden um uns Kinder kümmern müssen. Tatsächlich hatten Sie nur höchstens Stunden für mich Zeit.

Besonders bei [REDACTED] (Bitte genau beschreiben) durfte ich so ziemlich alles machen, von ihm/ihr konnte ich fast alles haben.

Ist das noch heute so? 0 ja 0 nein (warum?) _____

Sind Ihre Eltern geschieden oder leben sie getrennt? O ja O nein
Seit wann sind sie das? Seit [] (Jahr), ich war damals [] Jahre alt

Mit wieviel Jahren hatten Sie Ihren ersten "festen Freund"/"feste Freundin"? Mit Jahren. Meine Eltern/Erzieher waren damals ☐ sehr dagegen ☐ es war ihnen egal ☐ sie waren mit der Freundschaft einverstanden

Wie oft haben Sie Ihre Großeltern in Ihrer Kindheit und Jugend gesehen?
 (Eltern der Mutter), sie wohnten [] km entfernt

Die Eltern meines Vaters habe ich [redacted] (wie oft) ge-
sehen, sie wohnten [redacted] km entfernt

Die Omas verwöhnen ihre Enkel immer sehr. Trifft diese Behauptung auch für Sie und Ihre Großmütter zu?

☐ ja, ganz genau

☐ ja, ziemlich

☐ nein, sie verwöhnten mich nicht

☐ nein, eher das Gegenteil trifft zu

Wie lange SChLAFEN Sie am Werktag? Stunden pro Tag und Stunden
 en Mittagschlaf. Am Sonntag schlafe ich durchschnittlich Stunden,
 mein Mittagschlaf dauert meist Stunden

Am Morgen, wenn ich aufwache fühle ich mich 0 immer noch müde, ganz
"erschlagen"
0 munter, erfrischt
(genauer) 0

Ich fühle mich den ganzen Tag über in der Regel ☐ müde
genauer: ☐ frisch, munter

Welche Art von Sport treiben Sie zur Zeit bzw. in letzter Zeit?

Bevor Sie übergewichtig waren - was haben Sie da für Sport getrieben?

Mit welchem Körpergewicht haben Sie aufgehört Sport zu treiben?
Mit kg, damals war ich Jahre alt. Mein Übergewicht war 0 der
alleinige Grund 0 nicht allein Grund für mein Aufhören, sondern:

VIII Sind in Ihrer Familie TRINKER, Alkoholiker? Wen ja, wer? _____

(Bitte genau beschreiben!)

Haben Sie selbst Kontakte zu sogenannten "Aussenseitern"? Um welche Personengruppen handelt es sich? _____

Wenn Sie sich mit dem, was Sie erreicht haben mit Ihren Eltern vergleichen, - haben Sie ☐ mehr erreicht
☐ genau so viel
☐ weniger erreicht? (Bitte ankreuzen!)

Kann man sagen, daß Sie ein "Aufsteiger" sind? ☐ ja ☐ nein

Kann man sagen, daß Sie eher "das schwarze Schaf" in der Familie sind? ☐ ja ☐ nein _____

IX Die Operation, die Dünndarmausschaltung ist ein aufwendiger Eingriff, der nicht ganz ohne Folgebelastungen für den Patienten ist.
Was waren die ausschlaggebenden, die wichtigsten Gründe für Sie, sich für diese Operation zu interessieren? _____

X Kleidung für Übergewichtige ist teuer. Ein Anzug/Kleid (Nichtzutreffen des ~~Bitte durchstreichen~~) für Sie kostet etwa DM? das sind etwa % ihres monatlichen Netto-Einkommens.

Körperpflege ist bei Übergewichtigkeit immer problematisch.
Wer hilft Ihnen bei der Körperpflege? _____

(Bitte genau bezeichnen!)

Wobei sind Sie unbedingt auf fremde Hilfe angewiesen? _____

(Bitte nennen Sie die betreffenden Bereiche der Körperpflege!)

Übergewichtige leiden meist an Körpergeruch.

☐ Ich leide an störendem Körpergeruch
☐ Ich leide nicht an störendem Körpergeruch
☐ Ich weiß es nicht, es ist mir noch nicht aufgefallen

An welchen Körperstellen werden Sie besonders leicht wund?

Wie oft haben Sie Stuhlgang? ☐ jeden Tag ☐ mehrmals täglich,
☐ nicht regelmäßig, etwa jeden Tag etwa mal.

XI Fragen zum EINKOMMEN: Ich verdiene im Monat etwa DM netto.
Mein Ehepartner verdient im Monat etwa DM netto.

Wir haben in der Familie, die in Wohngemeinschaft lebt, alle Einkünfte zusammengekommen (zB. Renten, Pensionen von Familienangehörigen, Nebeneinkünfte u.s.w.) etwa DM zur Verfügung.

Dieses Einkommen haben wir schon seit etwa Jahren, früher hatten wir etwa DM zur Verfügung.

Die Familie meiner Eltern ☐ war sehr wohlhabend ☐ war wohlhabend
☐ hatte ein etwa durchschnittliches Einkommen ☐ hatte ein unterdurchschnittliches Einkommen ☐ war eher arm
Die Familie der Eltern meines Ehepartners ☐ war sehr wohlhabend
☐ war wohlhabend ☐ hatte ein etwa durchschnittliches Einkommen
☐ hatte ein unterdurchschnittliches Einkommen ☐ war eher arm
(Zutreffendes bitte ankreuzen!)

GT-S

Name _____

Beruf _____

Geburtsdatum _____

Testdatum _____

Es geht in diesem Fragebogen darum, wie Sie sich selbst sehen und empfinden. Bitte tragen Sie Ihren Eindruck von sich selbst auf einer Skala ein. Die Skala hat ihren Mittelpunkt bei 0 und reicht jeweils von 1 bis 3 nach links oder rechts.

0 -- Sie glauben, daß Ihr Verhalten im **Vergleich zu anderen Menschen** unauffällig ist. 0 bedeutet also, daß diese Haltung bzw. Einstellung im Vergleich zu anderen Menschen in der Mitte liegt. (Z. B. Nr. 1: Wenn Sie den Eindruck haben, daß Sie selbst im Vergleich zu anderen Menschen weder ungeduldig noch geduldig sind, dann **kreuzen** Sie 0 an. Weicht Ihr Verhalten nach einer Seite hin ab, so kreuzen Sie bitte je nach Ausmaß 1, 2 oder 3 an.)

1 Ich habe den Eindruck, ich bin eher ungeduldig	3 2 1 0 1 2 3	eher geduldig.
2 Ich glaube, ich suche eher	3 2 1 0 1 2 3	Ich meide eher Geselligkeit
3 Ich schätze, ich lege es eher darauf an, andere zu lenken	3 2 1 0 1 2 3	von anderen gelenkt zu werden.
4 Ich glaube, eine Änderung meiner äußeren Lebensbedingungen würde meine seelische Verfassung sehr stark	3 2 1 0 1 2 3	sehr wenig beeinflussen.
5 Ich habe den Eindruck, daß ich mir eher selten	3 2 1 0 1 2 3	eher besonders häufig über meine inneren Probleme Gedanken mache.
6 Ich schätze, daß ich eher dazu neige, meinen Ärger in mich hineinzufressen	3 2 1 0 1 2 3	meinen Ärger irgendwie abzureagieren.
7 Ich habe den Eindruck, ich bin sehr stark	3 2 1 0 1 2 3	kaum daran interessiert, andere zu übertreffen.
8 Ich halte mich für sehr wenig	3 2 1 0 1 2 3	besonders ängstlich.
9 Ich habe den Eindruck, daß andere mit meiner Arbeitsleistung im allgemeinen eher besonders zufrieden	3 2 1 0 1 2 3	eher unzufrieden sind.
10 Ich glaube, ich habe zu anderen Menschen eher besonders viel	3 2 1 0 1 2 3	besonders wenig Vertrauen.
11 Ich habe den Eindruck, ich zeige sehr viel	3 2 1 0 1 2 3	sehr wenig von meinen Bedürfnissen nach Liebe.
12 Ich glaube, ich meide eher	3 2 1 0 1 2 3	suche eher sehr engen Anschluß an einen anderen Menschen.
13 Ich glaube, ich kann im Vergleich zu anderen eher gut	3 2 1 0 1 2 3	eher schlecht mit Geld umgehen.
14 Ich halte mich selten	3 2 1 0 1 2 3	oft für sehr bedrückt.
15 Ich habe den Eindruck, ich gebe im allgemeinen viel	3 2 1 0 1 2 3	sehr wenig von mir preis.
16 Ich schätze, es gelingt mir eher schwer	3 2 1 0 1 2 3	eher leicht, mich beliebt zu machen.
17 Ich glaube, ich habe es eher leicht	3 2 1 0 1 2 3	eher schwer, mich für lange Zeit an einen anderen Menschen zu binden.
18 Ich glaube, ich bin mit der Wahrheit eher großzügig	3 2 1 0 1 2 3	eher übergenau.
19 Ich habe den Eindruck, ich gehe eher leicht	3 2 1 0 1 2 3	eher schwer aus mir heraus.
20 Ich glaube, im Vergleich zu meinen Altersgenossen wirke ich in meinem Benehmen eher jünger	3 2 1 0 1 2 3	eher älter.
21 Ich habe den Eindruck, ich bin eher sehr wenig ordentlich	3 2 1 0 1 2 3	eher überordentlich.
22 Ich schätze, ich gerate besonders häufig	3 2 1 0 1 2 3	besonders selten in Auseinandersetzungen mit anderen Menschen.

23 Ich glaube, ich bin eher darauf eingestellt, daß man mich für minderwertig	3 2 1 0 1 2 3	für wertvoll hält.
24 Ich habe den Eindruck, ich schaffe mir im Leben eher besonders viel Mühe	3 2 1 0 1 2 3	eher Bequemlichkeit.
25 Ich denke, ich fühle mich den anderen Menschen eher sehr fern	3 2 1 0 1 2 3	eher sehr nahe.
26 Ich glaube, ich habe im Vergleich zu anderen eher besonders viel	3 2 1 0 1 2 3	eher wenig Phantasie.
27 Ich glaube, ich lege kaum	3 2 1 0 1 2 3	sehr viel Wert darauf, schön auszu- sehen.
28 Ich habe den Eindruck, es fällt mir eher schwer	3 2 1 0 1 2 3	eher leicht, mit anderen eng zusam- menzuarbeiten.
29 Ich denke, ich mache mir selten	3 2 1 0 1 2 3	immer Selbstvorwürfe.
30 Ich glaube, ich kann einem Partner außer- ordentlich viel	3 2 1 0 1 2 3	wenig Liebe schenken.
31 Ich glaube, ich benehme mich im Vergleich zu anderen besonders fügsam	3 2 1 0 1 2 3	besonders eigensinnig.
32 Ich glaube, ich mache mir verhältnismäßig selten	3 2 1 0 1 2 3	verhältnismäßig oft große Sorgen um andere Menschen.
33 Ich habe den Eindruck, es gelingt mir eher schlecht	3 2 1 0 1 2 3	eher gut, meine Interessen im Le- benskampf durchzusetzen.
34 Ich glaube, ich bin im Vergleich zu anderen in der Liebe intensiv	3 2 1 0 1 2 3	wenig erlebnisfähig.
35 Ich denke, ich habe sehr gute	3 2 1 0 1 2 3	sehr schlechte schauspielerische Fähigkeiten.
36 Ich glaube, daß man mich im allgemeinen eher als stark	3 2 1 0 1 2 3	eher als schwach einschätzt.
37 Ich habe den Eindruck, ich habe es sehr schwer	3 2 1 0 1 2 3	sehr leicht, auf andere anziehend zu wirken.
38 Ich glaube, ich habe es im Vergleich zu an- deren eher leicht	3 2 1 0 1 2 3	eher schwer, bei einer Sache zu bleiben.
39 Ich glaube, ich kann sehr schwer	3 2 1 0 1 2 3	sehr leicht ausgelassen sein.
40 Ich fühle mich im Umgang mit dem anderen Geschlecht unbefangen	3 2 1 0 1 2 3	sehr befangen.

LZ-Skala

Name Vorname Alter

Im folgenden finden Sie 22 Feststellungen, die Sie bitte lesen und der Reihe nach beantworten. Hinter jeder einzelnen Feststellung steht ein "ja" und ein "nein". Wenn Sie meinen, daß die Feststellung für Ihre Person zutrifft, dann machen Sie bitte einen Kreis um das "ja", wenn sie für Ihre Person nicht zutrifft, einen Kreis um das "nein". Lassen Sie bitte keine Feststellung aus und entscheiden Sie sich bei jeder einzelnen Feststellung, ohne lange zu überlegen.

- | | | |
|--|----|------|
| 1. Mein Alltag ist jetzt ebenso interessant wie früher | ja | nein |
| 2. Gegenwärtig erlebe ich die traurigste Zeit meines Lebens | ja | nein |
| 3. Oft weiß ich nicht, was ich mit meiner Zeit anfangen soll | ja | nein |
| 4. Manchmal habe ich das Gefühl, daß mein Leben nicht sehr nützlich ist | ja | nein |
| 5. Ich habe soviel Freude am Leben, daß ich hoffe, es würde niemals zu Ende gehen | ja | nein |
| 6. Ich bin immer noch recht unternehmungslustig | ja | nein |
| 7. Es ist heute ebenso schön wie in den jüngeren Jahren | ja | nein |
| 8. Ich würde mir vielleicht andere, aber ebenso wichtige Aufgaben zutrauen wie jüngeren Menschen | ja | nein |
| 9. Ich erwarte für die Zeit, die vor mir liegt, noch schöne und interessante Dinge | ja | nein |
| 10. Ich fühle mich manchmal alt und irgendwie müde | ja | nein |
| 11. Das Leben ist nur eine Reihe von Enttäuschungen | ja | nein |
| 12. Ich bin jetzt genauso glücklich wie in den früheren Jahren | ja | nein |
| 13. Es ist mir im Grunde egal, wie ich die Zeit totschiere | ja | nein |
| 14. Ich fühle mein Alter, aber es stört mich nicht | ja | nein |
| 15. Für die nächste Zeit habe ich schon allerlei Pläne | ja | nein |
| 16. Ich fühle mich noch immer frisch und voller Lebensmut | ja | nein |
| 17. Für mich hat das Leben immer weniger Sinn | ja | nein |
| 18. In meinem Leben gibt es noch eine Reihe nützlicher Aufgaben | ja | nein |
| 19. Ich fühle mich oft niedergeschlagen | ja | nein |
| 20. Die meisten Dinge, die ich tue, sind irgendwie langweilig und monoton | ja | nein |
| 21. Ich habe jetzt viel weniger Schwung als früher | ja | nein |
| 22. Ich glaube, noch ein schönes Stück Leben vor mir zu haben | ja | nein |

GT-S

Name _____

Beruf _____

Geburtsdatum _____

Testdatum _____

Jetzt möchten wir Sie bitten, den selben Fragebogen, den Sie schon vorher ausgefüllt haben, noch einmal auszufüllen, jedoch mit einem U n t e r s c h i e d :

Jetzt sollen Sie sich so beschreiben, wie Sie glauben, daß
DIE ANDEREN, BEKANNT, SIE EINSCHÄTZEN !

ISPIEL: Wenn also die erste Frage im Fragebogen lautet:
=====

"Ich habe den Eindruck,
ich bin eher ungeduldig 3 2 1 0 1 2 3 eher geduldig

so müssen Sie die Frage beantworten, als ob da stehen würde:

"Ich habe den Eindruck,
ich bin - IN DEN AUGEN DER ANDEREN -

eher ungeduldig 3 2 1 0 1 2 3 eher geduldig

Im folgenden finden Sie drei Fragen mit einer Reihe von Antwortmöglichkeiten. Lesen Sie diese bitte genau durch und kreuzen Sie an, wie zutreffend die Antworten sind.

Die Ziffer 2 bedeutet, daß die Antwort sehr zutreffend ist, die Ziffer 1, daß die Antwort zutreffend ist, die Ziffer 0, daß die Antwort nicht zutreffend ist.

1. Warum neigen Ihrer Meinung nach viele Personen zu Übergewicht?

- | | | | |
|---|---|---|---|
| a) weil sie sich zu wenig bewegen | 2 | 1 | 0 |
| b) weil sie zu oft essen | 2 | 1 | 0 |
| c) weil sie als Kinder zum Essen erzogen wurden | 2 | 1 | 0 |
| d) weil sie sich falsch ernähren | 2 | 1 | 0 |
| e) weil überall für Essen Reklame gemacht wird | 2 | 1 | 0 |
| f) weil ihnen essen Spaß macht | 2 | 1 | 0 |
| g) weil Essen in unserer Gesellschaft eine große Rolle spielt | 2 | 1 | 0 |
| h) weil ihnen essen sehr wichtig ist | 2 | 1 | 0 |
| i) weil man überall etwas angeboten bekommt | | | |

2. Wann und unter welchen Bedingungen neigen Personen, die Übergewicht haben, besonders zum Essen?

- | | | | |
|--|---|---|---|
| a) wenn es ihnen langweilig ist | 2 | 1 | 0 |
| b) wenn sie in geselliger Runde sind | 2 | 1 | 0 |
| c) wenn sie sich alleine und einsam fühlen | 2 | 1 | 0 |
| d) wenn sie in besonderen Schwierigkeiten sind | 2 | 1 | 0 |
| e) wenn sie im Fernsehen oder sonstwo Reklame sehen, in der Essen vorkommt | 2 | 1 | 0 |
| f) wenn sie sich im Streß und unter Druck fühlen | 2 | 1 | 0 |
| g) wenn sie besonders fröhlich und lustig sind | 2 | 1 | 0 |
| h) wenn sie müde und abgespannt sind | 2 | 1 | 0 |
| i) wenn sie ein großes Angebot an Essen sehen | 2 | 1 | 0 |
| k) wenn sie verzweifelt und ängstlich sind | 2 | 1 | 0 |
| l) wenn sie von anderen "angesteckt" werden | 2 | 1 | 0 |
| m) wenn sie in Wut sind | 2 | 1 | 0 |

3. Welches sind die besonderen Schwierigkeiten und Probleme, die Personen mit Übergewicht haben?

- | | | | |
|---|---|---|---|
| a) sie fühlen sich nicht aktiv und vital | 2 | 1 | 0 |
| b) sie sind für andere Personen nicht attraktiv | 2 | 1 | 0 |
| c) sie haben beim Kleiderkaufen Schwierigkeiten, weil ihnen nichts paßt | 2 | 1 | 0 |
| d) sie haben eine geringere Lebenserwartung als andere | 2 | 1 | 0 |
| e) sie haben Schwierigkeiten im Kontakt mit anderen | 2 | 1 | 0 |
| f) sie werden leichter krank | 2 | 1 | 0 |
| g) sie werden häufig von anderen verlacht und verspottet | 2 | 1 | 0 |
| h) sie können nicht so viel unternehmen wie andere | 2 | 1 | 0 |
| i) sie können nicht essen, was sie wollen | 2 | 1 | 0 |
| k) sie ermüden schneller als andere | 2 | 1 | 0 |

Im folgenden Fragebogen sollen Sie bitte Ihre Mutter beschreiben, so wie Sie sie erlebt haben und sehen. Dazu haben Sie eine Reihe von Eigenschaftspaaren vorgegeben. Sie sollen dabei jeweils den Zahlenwert ankreuzen, der für Ihre Mutter am ehesten zutrifft. Dabei können Sie abstufen von 0 bis 3. Bitte beachten Sie die beiden Seiten der Eigenschaftsliste. Der Wert 3 bedeutet, daß diese Eigenschaft sehr stark vorhanden ist, der Wert 0 bedeutet, daß Ihre Beschreibung eher dazwischen liegt. Sie können also sehr genau abstufen. Nehmen wir einmal an, Sie hätten eine Mutter, die Sie als besonders "gründlich und gewissenhaft" beschreiben würden, dann müßten Sie die Zahl 3 wie im folgenden Beispiel ankreuzen:

Beispiel:

gründlich, gewissenhaft ☒ 2 ☐ 1 ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 oberflächlich, ungenau

- | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|--|
| 1. anderen gegenüber aufgeschlossen | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 | in sich gekehrt |
| 2. zurückhaltend, abwartend | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 | entscheidungsfreudig, schnell entschlossen |
| 3. gründlich, gewissenhaft | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 | oberflächlich, ungenau |
| 4. robust, hart | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 | empfindsam, weich |
| 5. erfinderisch, voller Ideen | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 | einfallslös, ideenarm |
| 6. ungefällig, abweisend | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 | hilfsbereit, entgegenkommend |
| 7. gelassen, nicht aus der Ruhe zu bringen | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 | nervös, leicht erregbar |
| 8. zaghaft, umständlich | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 | zielstrebig |
| 9. geschickt, begabt | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 | dumm, unbegabt |
| 10. kränklich, schwächlich | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 | gesund, widerstandsfähig |
| 11. gutgläubig, vertrauensvoll | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 | mißtrauisch, zweifelnd |
| 12. ohne Ehrgeiz, willensschwach | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 | ehrgeizig, willensstark |
| 13. furchtlos, mutig | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 | furchtsam, ängstlich |
| 14. nüchtern, sachlich, kalt | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 | gefühlvoll, warmherzig |
| 15. lebhaft, lebendig | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 | träge, lahm |
| 16. eigensinnig, stur | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 | fügsam, willig |
| 17. fröhlich, unbeschwert | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 | ernst, bedrückt |
| 18. leicht zu entmutigen, geringes Durchhaltevermögen | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 | ausdauernd, zäh |
| 19. ausgeglichen, beständig | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 | launisch, sprunghaft |
| 20. kein Durchsetzungsvermögen, sich unterordnend | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 | starkes Durchsetzungsvermögen, herrschend |
| 21. umstellungsfähig, beweglich | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 | starr, unbeweglich |
| 22. verschlossen, unnatürlich | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 | offen, natürlich |
| 23. selbstbewußt, in sich gefestigt | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 | unsicher, ohne Selbstvertrauen |

Im folgenden finden Sie in zufälliger Anordnung eine Reihe von Erziehungszielen, wie sie häufig vorkommen.

Bitte geben Sie an, welche dieser Ziele Ihrer Meinung nach für Ihre Mutter bzw. Ihren Vater in der Erziehung besonders wichtig waren und welche weniger wichtig waren.

In die linken Kästchen tragen Sie bitte die Beschreibung für Ihre Mutter, in die rechten Kästchen für Ihren Vater ein.

Das Ziel, das Ihrer Meinung nach von Ihrer Mutter als das wichtigste in der Erziehung angesehen wurde, erhält die Zahl "1", das zweitwichtigste die Zahl "2" usw. bis zur Zahl "14". In der gleichen Weise geben Sie bitte die Reihenfolge in den Erziehungszielen für den Vater an:

Mutter

Vater

☐	berufliche Tüchtigkeit	☐
☐	Selbständigkeit, Unabhängigkeit	☐
☐	Beliebtheit bei anderen	☐
☐	Ordentlichkeit und Sauberkeit	☐
☐	Bereitschaft zum Verzicht	☐
☐	Familiensinn	☐
☐	Lebensfreude bzw. Fähigkeit, das Leben zu genießen	☐
☐	Interessiertheit, Aufgeschlossenheit	☐
☐	Gute Umgangsformen	☐
☐	Bescheidenheit	☐
☐	Liebe und Achtung gegenüber den Eltern	☐
☐	Anständigkeit und Sittlichkeit	☐
☐	Bereitschaft zum Lernen und zur Weiterbildung	☐
☐	Beherrschtheit und Ausgeglichenheit	☐

DER DICKE

Name des Beurteilten

der extrem Übergewichtige Mann

Beruf

Geburtsdatum

Testdatum

ausgefüllt von

Mit den folgenden beiden Fragebögen -Sie kennen sie schon im Prinzip- möchten wir von Ihnen erfahren, wie Sie

"DEN DICKEN"

den extrem Übergewichtigen einschätzen.

Wir wollen dabei zwischen dem extrem DICKEN MANN und der extrem DICKEN FRAU unterscheiden.

Bitte bemühen Sie sich, möglichst genau Ihre Meinung auszudrücken.

Vielen Dank!

DIE DICKE

die extrem übergewichtige Frau

Name des Beurteilten

Beruf

Geburtsdatum

Testdatum

ausgefüllt von

Es geht in diesem Fragebogen darum, wie Sie eine bestimmte Person sehen und empfinden. Bitte tragen Sie Ihren Eindruck auf einer Skala ein. Die Skala hat ihren Mittelpunkt bei 0 und reicht jeweils von 1 bis 3 nach links oder rechts.

0 = Sie glauben, daß das Verhalten dieser Person **im Vergleich zu anderen Menschen** unauffällig ist. 0 bedeutet also, daß diese Haltung bzw. Einstellung im Vergleich zu anderen Menschen in der Mitte liegt. (Z. B. Nr. 1: Hat man den Eindruck, daß die zu beurteilende Person im Vergleich zu anderen Menschen weder ungeduldig noch geduldig ist, dann wird 0 angekreuzt). Weicht das Verhalten nach einer Seite hin ab, so kreuzen Sie bitte je nach Ausmaß 1, 2 oder 3 an.

Ich träume mehr als die meisten meiner Bekannten	(31)
Ich kann, wenn es sein muß, in jeder Lage schlafen	(32)
Ich träume sehr lebhaft	(33)
Mir träumt oft von Liebesangelegenheiten	(34)
Mir träumt oft, daß ich wichtige Verpflichtungen nicht einhalten kann	(35)
Mir träumt oft von Personen des anderen Geschlechts	(36)
Mir träumt oft, daß ich mit einer Sache nicht fertig werde oder zu spät komme	(37)
Mir träumt manchmal, daß Feuer alles um mich verzehrt	(38)
Mir träumt manchmal, daß jemand ein Kind bekommt	(39)
Wenn ich träume, dann gerate ich mitunter in einen Wirrwarr von Laufereien und Irrsinn	(40)
Mir hat schon einmal geträumt, daß ich Unmengen von Eis oder einer Lieblingsspeise gegessen oder getrunken habe	(41)
Mir hat schon einmal geträumt, daß ich wie ein Kind gefüttert wurde	(42)
Mir hat schon einmal geträumt, ich werde begraben und sehe, wer zum Begräbnis kommt	(43)
Mir träumt fast nie von Personen des anderen Geschlechts	(44)
Mir träumt fast nie von Kriegen, Soldaten, Räubern und ähnlichem	(45)
Mir träumt fast nie von Menschenfressern oder großen Raubtieren	(46)
Mir träumt fast nie, daß ich einem Liebespaar aus Neugier oder Eifersucht auf der Spur bin	(47)
Mir träumt fast nie, daß ich getragen werde	(48)
Mir träumt fast nie, daß ich Streit habe	(49)
Mir träumt fast nie, daß ich wie berauscht oder betrunken bin	(50)
Wenn ich träume, bin ich manchmal krank und werde gepflegt	(51)
Wenn ich träume, begebe ich mich manchmal in sehr gefährliche und waghalsige Situationen	(52)
Mir hat schon einmal geträumt, daß ich bei intimen Kontakten mit anderen Personen ertappt wurde	(53)
Wenn ich träume, versuche ich mitunter verzweifelt, meine Labseligkeiten oder meinen Besitz zusammenzuhalten	(54)
Ich stehe mindestens einmal in jeder Nacht auf	(55)
Ich schlafe fast immer ruhig und tief	(56)
Vor dem Einschlafen höre ich alle möglichen Geräusche	(57)
Manchmal wache ich von einem Traum auf und weiß nicht, wo ich bin	(58)
Meine Träume haben oft erotischen Charakter	(59)
Ich träume ziemlich viel	(60)

Name (Kennwort): Alter: Geschlecht:
 Ort und Datum: Untersucher:
 Berufstätigkeit seit: als:
 Familienstand: Zahl der eigenen Kinder:

- | | |
|---|------|
| Ich träume mehr als die meisten meiner Bekannten | (31) |
| Ich kann, wenn es sein muß, in jeder Lage schlafen | (32) |
| Ich träume sehr lebhaft | (33) |
| Mir träumt oft von Liebesangelegenheiten | (34) |
| Mir träumt oft, daß ich wichtige Verpflichtungen nicht einhalten kann | (35) |
| Mir träumt oft von Personen des anderen Geschlechts | (36) |
| Mir träumt oft, daß ich mit einer Sache nicht fertig werde oder zu spät komme | (37) |
| Mir träumt manchmal, daß Feuer alles um mich verzehrt | (38) |
| Mir träumt manchmal, daß jemand ein Kind bekommt | (39) |
| Wenn ich träume, dann gerate ich mitunter in einen Wirrwarr von Raufereien und Intrigen | (40) |
| Mir hat schon einmal geträumt, daß ich Unmengen von Eis oder einer Lieblingsspeise gegessen oder getrunken habe | (41) |
| Mir hat schon einmal geträumt, daß ich wie ein Kind gefüttert wurde | (42) |
| Mir hat schon einmal geträumt, ich werde begraben und sehe, wer zum Begräbnis kommt | (43) |
| Mir träumt fast nie von Personen des anderen Geschlechts | (44) |
| Mir träumt fast nie von Kriegen, Soldaten, Räubern und ähnlichem | (45) |
| Mir träumt fast nie von Menschenfressern oder großen Raubtieren | (46) |
| Mir träumt fast nie, daß ich einem Liebespaar aus Neugier oder Eifersucht auf der Spur bin | (47) |
| Mir träumt fast nie, daß ich getragen werde | (48) |
| Mir träumt fast nie, daß ich Streit habe | (49) |
| Mir träumt fast nie, daß ich wie berauscht oder betrunken bin | (50) |
| Wenn ich träume, bin ich manchmal krank und werde gepflegt | (51) |
| Wenn ich träume, begebe ich mich manchmal in sehr gefährliche und waghalsige Situationen | (52) |
| Mir hat schon einmal geträumt, daß ich bei intimen Kontakten mit anderen Personen ertappt wurde | (53) |
| Wenn ich träume, versuche ich mitunter verzweifelt, meine Habseligkeiten oder meinen Besitz zusammenzuhalten | (54) |
| Ich stehe mindestens einmal in jeder Nacht auf | (55) |
| Ich schlafe fast immer ruhig und tief | (56) |
| Vor dem Einschlafen höre ich alle möglichen Geräusche | (57) |
| Manchmal wache ich von einem Traum auf und weiß nicht, wo ich bin | (58) |
| Meine Träume haben oft erotischen Charakter | (59) |
| Ich träume ziemlich viel | (60) |

Name (Kennwort): Alter: Geschlecht:
 Ort und Datum: Untersucher:
 Berufstätig seit: als:
 Familienstand: Zahl der eigenen Kinder:

ERGÄNZENDE ZUM FRAGENBLATT =====

Nach unseren Erfahrungen ist der sexuelle Bereich bei Übergewichtigen nicht immer problemlos. Wir haben hier eine Reihe von Antworten zusammengestellt, die häufiger gegeben wurden. Bitte sehen Sie die folgende Liste durch und kreuzen Sie an, was für Sie zutrifft!

- ☐ Ich habe noch keine sexuellen Kontakte gehabt
- ☐ Ich habe nur selten sexuelle Kontakte, im vergangenen Jahr waren es etwa (Anzahl)
- ☐ Bei mir sind sexuelle Kontakte durchschnittlich häufig, ich habe etwa (Anzahl) mal Kontakt im Monat.
- ☐ Ich habe häufig, wahrscheinlich häufiger als der "Durchschnittsbürger" sexuelle Kontakte: etwa (Anzahl) im Monat.

Dazu kann ich noch sagen:

	stimmt	stimmt nicht
Sex, körperliche Liebe, hat mir eigentlich noch nie viel bedeutet	0	0
Sex, körperliche Liebe, war schon immer wichtig für mich: es tut mir leid, daß ich auf Grund meines Übergewichtes im sexuellen Bereich eingeschränkt bin	0	0
Sex war schon immer wichtig für mich: ich fühle mich durch mein Übergewicht im sexuellen Bereich nicht beeinträchtigt	0	0
Sexuelle Probleme habe ich schon, aber die haben mit meinem Übergewicht gar nichts zu tun	0	0
Ich habe gar keine sexuellen Probleme	0	0
Körperliche Liebe war noch nie besonders befriedigend für mich	0	0
Früher, als ich noch nicht so dick war, bis etwa zum Gewicht von kg, hatte ich		
☐ häufiger als jetzt		
☐ genauso häufig wie andere auch		
☐ auch nicht häufiger als jetzt		
sexuelle Kontakte		
Körperliche Liebe war für mich immer ein Mittel zum Zweck: ich wollte Kinder haben. Ansonsten war körperliche Liebe, Sex, nicht wichtig für mich.	0	0
Meine sexuellen Probleme hängen in erster Linie von meinem Partner ab: mit einem anderen Partner könnte mir Sex schon mehr bedeuten	0	0
Mein jetziger Partner hat mich für Sex zu dick	0	0
☐ das macht mich sehr unglücklich		
☐ das macht mir nicht viel aus, es gibt Wichtigeres		
☐ damit hat er eigentlich gar nicht recht		
☐ er hat damit recht, aber ich kann es nicht ändern		
Ich hatte bisher: ☐ noch nie ☐ selten ☐ oft ☐ fast immer das Gefühl, daß ich meinen Partnern für die körperliche Liebe zu dick erschien.		
Meine bisherigen Partner waren selbst ☐ noch nie ☐ selten ☐ oft ☐ fast immer übergewichtig.		
Bisher hatte ich ungefähr (Anzahl) Partner, mit denen ich sexuelle Kontakte hatte. Beim ersten Mal war ich Jahre alt. Mein Partner war damals um Jahre älter ☐ ☐ Jahre jünger ☐ als ich.		

In der Mehrzahl waren meine Partner, mit denen			
ich sexuelle Kontakte hatte:	0	wesentlich älter	
	0	älter	
	0	etwa gleichalterig	
	0	jünger	
	0	wesentlich jünger	als ich.
			stimmt stimmt nicht!

Ich finde nicht den richtigen Zugang zum anderen Geschlecht	0	0
---	---	---

Ich habe Angst, mich in sexueller Hinsicht zu blamieren, zu versagen	0	0
--	---	---

Ich fühle mich nicht attraktiv, nicht interessant genug für das andere Geschlecht; man kann sagen zu dick für Sex.	0	0
--	---	---

Erst nachdem ich so dick g ^{ew} orden bin, haben meine sexuellen Kontakte abgenommen - mein Interesse an Sex dagegen hat nicht abgenommen!	0	0
---	---	---

Ich war schon immer stark übergewichtig und habe keine sexuellen Erfahrungen mit dem anderen Geschlecht: ich suche noch nach einem Partner	0	
Ich habe die Suche schon aufgegeben	0	

Ich war schon immer übergewichtig, habe aber sexuelle Kontakte nie gesucht: ich befriedige meine sexuellen Wünsche auf andere Art	0	0
---	---	---

Prostitution, käufliche Liebe, ist für übergewichtige Männer wie Frauen oft die einzige Möglichkeit zu sexueller Befriedigung	0	0
---	---	---

Ich habe 0 schon oft, 0 manchmal, 0 noch nie, 0 noch jedes Mal für Sex Geld bezahlen müssen		
---	--	--

Ich habe unter meinen Bekannten auch Homosexuelle	0	0
Mit ihnen habe ich schon 0		

keine 0 sexuellen Kontakte gehabt		
Ich habe mit anderen sogenannten "Aussenseitern"	0	0

häufig gesellschaftliche, freundschaftliche Beziehungen
das sind vor allem folgende Gruppen: _____

Seit meiner Gewichtsabnahme hat sich bei mir
im sexuellen Bereich folgendes geändert: _____

Bitte sehen Sie den Fragebogen noch einmal durch,
ob Sie auch alle Fragen beantwortet haben.
Vielen Dank!

FAMILIENKONSTELLATIONSFRAGEBOGEN

Name: _____, Vorname: _____, Alter: _____
Ausgeübter Beruf: _____, gelernter B.: _____
Wohnort: _____, ungefähre Einwohnerzahl: _____

WICHTIG:

Bitte sehen Sie sich den Fragebogen kurz an, bevor sie ihn beantworten!

Da man alle diese Fragen meist nicht alleine beantworten kann, ist es ratsam, daß Sie sich bei der Beantwortung vom Ehepartner oder anderen Familienmitgliedern, z.B. den Eltern helfen lassen!

Bitte schreiben Sie zu allen Personenangaben für jede Person, die an Übergewicht leidet ein "Ü", für jede Person, die besonders mager ist oder war ein "M" für "Magersucht"

I C H habe unter meinen leiblichen Geschwistern, einschließlich verstorbener Geschwister:

(Anzahl) ÄLTERE BRÜDER, Jahrgänge: _____
Ihre Berufe sind (in der selben Reihenfolge, wie oben bei "Jahrgängen" genannt): _____

(Anzahl) ÄLTERE SCHWESTERN, Jahrgänge: _____
_____ ; Ihre Berufe sind (in der gleichen Reihenfolge, wie oben bei "Jahrgängen" genannt): _____

(Anzahl) JÜNGERE BRÜDER, Jahrgänge: _____
_____ ; Ihre Berufe sind (in der gleichen Reihenfolge, wie oben bei "Jahrgängen" genannt): _____

(Anzahl) JÜNGERE SCHWESTERN, Jahrgänge: _____
_____ ; Ihre Berufe sind (in der gleichen Reihenfolge, wie oben bei "Jahrgängen" genannt): _____

Von meinen Geschwistern sind insgesamt (Anzahl) gestorben!

(Bitte machen Sie ein K r e u z oben bei der betreffenden Jahrgangsangabe und schreiben Sie das Todesjahr dazu, damit wir erkennen können, welche Ihrer Geschwister gestorben sind.

Bitte vergessen Sie auf keinen Fall die Angaben über Magersucht (M) und Übergewicht (Ü)!

MEINE MUTTER hatte unter ihren leiblichen Geschwistern einschließlich verstorbener Geschwister:

(Anzahl) ÄLTERE BRÜDER, Jahrgänge: _____
Ihre Berufe sind (in der selben Reihenfolge, wie oben bei "Jahrgänge" genannt): _____

(Anzahl) ÄLTERE SCHWESTERN, Jahrgänge: _____
_____ ; Ihre Berufe sind (in der gleichen Reihenfolge, wie bei "Jahrgängen" genannt): _____

(Anzahl) JÜNGERE BRÜDER, Jahrgänge: _____
_____ ; Ihre Berufe sind (in der gleichen Reihenfolge, wie bei "Jahrgängen" genannt): _____

(Anzahl) JÜNGERE SCHWESTERN, Jahrgänge: _____
_____ ; Ihre Berufe sind (in der gleichen Reihenfolge, wie oben bei "Jahrgängen" genannt): _____

Von ihren Geschwistern sind insgesamt (Anzahl) gestorben:

(Bitte machen Sie ein K r e u z oben bei der betreffenden Jahrgangsangabe und schreiben Sie das Todesjahr dazu, damit wir erkennen können, welche Ihrer Geschwister gestorben sind und wann das war.
Bitte vergessen Sie auf keinen Fall die Angaben über Magersucht (M) und Übergewicht (Ü)!

WICHTIG! Manchmal werden Sie die Jahrgänge nicht genau kennen. Versuchen Sie bitte in diesem Fall eine möglichst genaue Schätzung. Schreiben Sie dann aber bitte ein (?) hinter die Jahrgangsangabe, damit wir wissen, daß sie nicht ganz genau stimmt.

MEINE MUTTER ist von BERUF gelernte: _____, ihr zuletzt ausgeübter Beruf war/ist: _____

Meine Mutter ist etwa cm groß und wiegt etwa kg; Sie ist a
sehr übergewichtig 0 etwas übergewichtig 0 normalgewichtig 0
etwas untergewichtig 0 stark untergewichtig 0 (Zutreffendes ankreuzen)
Seit wann ist sie das? Seit etwa _____ -en

(Bitte das Jahr angeben!)

In ihrer KINDHEIT war meine MUTTER: _____ (Bitte hier Gewichtsschätzung wie oben, z.B. "stark übergewichtig" eintragen!)

In ihrer JUGENDZEIT war meine MUTTER: _____ (Gewichtsschätzung wie oben, z.B. "stark übergewichtig" eintragen!)

MEIN VATER ist von BERUF gelernter: _____, sein zu-

letzt ausgeübter Beruf war/o : _____

Mein Vater ist etwa [] cm groß und wiegt etwa []

Er ist also:

Sehr übergewichtig 0 etwas übergewichtig 0 normalgewichtige 0
etwas untergewichtig 0 sehr untergewichtig 0 (zutreffendes an-
kreuzen!)

Seit wann ist er das? Seit etwa [] (Bitte das Jahr angeben!)

In seiner KINDHEIT war mein VATER: [] (Bitte hier die
Gewichtsschätzung, wie oben, zB.
"stark übergewichtig" eintragen!)

In seiner JUGENDZEIT war mein VATER: [] (Bitte wieder
die Gewichtsschätzung eintragen!)

MEIN VATER hatte unter seinen leiblichen Geschwistern
einschließlich verstorbener Geschwister:

[] (Anzahl) ÄLTERE BRÜDER, Jahrgänge: _____

Ihre Berufe sind (in der selben Reihenfolge, wie oben bei "J.
genannt): _____

[] (Anzahl) ÄLTERE SCHWESTERN, Jahrgänge: _____

_____ ; Ihre Berufe sind (in der gleichen Reihenfolge, wie oben
bei "Jahrgängen" genannt): _____

[] (Anzahl) JÜNGERE BRÜDER, Jahrgänge: _____

_____ ; Ihre Berufe sind (in der gleichen Reihenfolge, wie oben
bei "Jahrgängen" genannt): _____

[] (Anzahl) JÜNGERE SCHWESTERN, Jahrgänge: _____

_____ ; Ihre Berufe sind (in der gleichen Reihenfolge, wie oben
bei "Jahrgängen" genannt): _____

Von den Geschwistern meines Vaters sind insgesamt [] gestorben.

WICHTIG! (Bitte machen Sie ein Kreuz oben bei der betreffenden Jahrgangs-
angabe und schreiben Sie das Todesjahr dazu, damit wir erkennen können,
welche Ihrer Geschwister gestorben sind und wann das etwa war.

Bitte vergessen Sie auf keinen Fall die Angaben über Margen- und (K)
und Übergewicht (Ü)!

Manchmal werden Sie die Jahrgänge nicht genau kennen. Versuchen Sie
bitte in diesem Fall eine möglichst genaue Schätzung. Schreiben Sie
dann aber bitte ein (?) hinter die Jahrgangsangabe, damit wir wissen,
daß sie nicht ganz genau stimmt.

ICH bin jetzt Jahre alt, cm groß und wiege kg
Vor einem Jahr wog ich kg, vor zwei Jahren wog ich kg
vor drei Jahren wog ich kg, vor vier Jahren wog ich kg
vor fünf Jahren wog ich kg, vor zehn Jahren wog ich kg
vor fünfzehn Jahren wog ich kg.

WICHTIG!

(Bitte machen Sie möglichst genaue Gewichtsangaben!

Manchmal werden Sie Ihr Gewicht nur ungefähr schätzen können, z.B. wenn Sie Ihr Gewicht, das Sie vor 15 Jahren hatten, angeben sollen. Machen Sie in diesen Fällen bitte ein ? hinter die Gewichtsangaben, damit wir erkennen können, daß das Gewicht nur geschätzt ist, also nicht genau stimmt!)

Im KINDESALTER war ich: sehr übergewichtig 0
etwas übergewichtig 0 (Bitte
normalgewichtig 0 Zutreffende
etwas untergewichtig 0 ankreuzen!)

In der Zeit zwischen ungefähr 10 und 14 Jahren war ich:

sehr übergewichtig 0
etwas übergewichtig 0
normalgewichtig 0
etwas untergewichtig 0
sehr untergewichtig 0

In der JUGENDZEIT war ich: sehr übergewichtig 0
(bis etwa 20 oder 21 Jahre) etwas übergewichtig 0
normalgewichtig 0
etwas untergewichtig 0
sehr untergewichtig 0

Ich bin von BERUF gelernter:

Mein jetzt AUSGEÜBTER BERUF ist:

Zwischenzeitlich bin ich folgenden Tätigkeiten/Berufen nachgegangen: (Bitte der Reihe nach aufzählen!)

Ich habe also insgesamt meinen Beruf mal gewechselt,
meinen Arbeitsplatz habe ich mal gewechselt.

Ich habe folgende SCHULEN besucht: _____

Ich habe den SCHULABSCHLUSS: _____

Der SCHULABSCHLUSS meines VATERS ist:

Der SCHULABSCHLUSS meiner MUTTER ist:

Die SCHULABSCHLÜSSE meiner GESCHWISTER sind (in der gleichen Reihenfolge, wie auf Seite 1 des Familienkonstellationsfragebogens): _____

Sind Sie VERHEIRATET?

☐ ja

Ich bin jetzt zum ☐ mal
verheiratet
Die Wohnung, in der ich wohne,
hat ☐ Zimmer und ist etwa
☐ Quadratmeter groß

- ☐ ich lebe von meinem Ehe-
partner getrennt
☐ ich lebe mit meinem Ehepartner
in einer Wohngemeinschaft
(zusammen mit anderen Ehepaaren)
☐ Wir wohnen mit meinen Eltern zu-
sammen in einer Wohnung/Haus
☐ Wir wohnen mit den Schwieger-
eltern zusammen in einer Wohnung/
Haus (Nichtzutreffendes streichen!)

Mein Ehepartner ist ☐ cm groß

und wiegt etwa ☐ kg; er ist also:

- ☐ sehr übergewichtig
☐ etwas übergewichtig
☐ normalgewichtig
☐ etwas untergewichtig
☐ sehr untergewichtig

Mit meinem jetzigen Ehepartner ☐ (Vorname des Ehep.)

habe ich ☐ (Anzahl) KINDER: unsere Kinder sind (Nichtzutreffendes:
Ich habe aus der ☐ Ehe bitte durchstreichen!):

☐ (Anzahl) KINDER mit in diese
Ehe gebracht.

Mein EHEPARTNER hat aus seiner
☐ Ehe ☐ (Anzahl) KINDER
mit in diese Ehe gebracht

1. Tochter/Sohn geb. _____
2. Tochter/Sohn geb. _____
3. Tochter/Sohn geb. _____
4. Tochter/Sohn geb. _____
5. Tochter/Sohn geb. _____

VERSTORBENE KINDER AUS DIESER EHE SIND: 1. Tochter/Sohn Todesjahr _____
2. Tochter/Sohn Todesjahr _____
3. Tochter/Sohn Todesjahr _____

MEIN EHEPARTNER WAR VOR UNSERER JETZIGEN EHE ☐ mal VERHEIRATET.

1. Ehe: _____ 2. Ehe: _____
3. Ehe: _____ (Bitte die Jahre angeben, Eheschließung und
Scheidung; im Todesfalle machen Sie bitte
ein Kreuz hinter die Jahresangabe!)

ICH WAR VOR UNSERER JETZIGEN EHE SCHON ☐ mal VERHEIRATET

1. Ehe: _____ 2. Ehe: _____ 3. Ehe: _____

Bitte überprüfen Sie noch einmal, ob Sie überall die Angaben zu
Übergewichtigkeit (Ü) und Magersucht (M) gemacht haben !

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

☐ nein

- ☐ ich bin geschieden
Die Wohnung, in der ich wohne
hat ☐ Zimmer und ist etwa
☐ Quadratmeter groß
☐ ich lebe alleine
☐ ich wohne mit einem Freund
zusammen
☐ ich wohne mit einer Freundin
zusammen
☐ ich wohne in einer Wohn-
gemeinschaft (zusammen mit
anderen Paaren oder Freunde)
☐ ich wohne bei meinen Eltern
☐ ich wohne bei meinen Groß-
eltern väterlicherseits
☐ ich wohne bei meinen Groß-
eltern mütterlicherseits
☐ ich wohne in einem Heim,
genauer in einem _____

Meine ERSTE EHE wurde (Jahr) geschlossen und dauerte bis (Jahr) O dauert bis heute!

Der Grund für die Trennung war:

- O Scheidung, weil mein Partner mich zu dick fand
O Scheidung, weil mein Ehepartner einen anderen Partner gefunden hatte
O Scheidung, weil ich einen anderen Partner gefunden hatte, der besser zu mir paßte
O Tod des Ehepartners, durch O Krankheit, O Unfall O Selbstmord

Mein ERSTER EHEPARTNER war etwa cm groß und wog etwa kg

Kinder aus dieser Ehe waren, der Reihe nach:

1. Tochter/Sohn geb.
2. Tochter/Sohn geb.
3. Tochter/Sohn geb.
4. Tochter/Sohn geb.

(Bitte vergessen Sie nicht die Angaben über Magersucht und Übergewichtigkeit (M) (Ü)!)

VERSTORBENE KINDER AUS DIESER EHE SIND:

1. Tochter/Sohn Todesjahr:
2. Tochter/Sohn Todesjahr:

MEIN ERSTER EHEPARTNER hat in die Ehe (Anzahl) KINDER mitgebracht, und zwar:

1. Tochter/Sohn Alter bei Eheschließung:
2. Tochter/Sohn Alter bei Eheschließung:
- 3! Tochter/Sohn Alter bei Eheschließung:

DIE BERUFE UNSER KINDER AUS ERSTER EHE SIND:

(Bitte in der gleichen Reihenfolge, wie sie oben genannt sind, hier die Berufe aufzählen - nehmen Sie dazu bitte wieder die Berufe-Liste zu Hilfe!)

BERUFE DER KINDER, DIE MEIN EHEPARTNER MIT IN DIE EHE BRACHTE:

DIE SCHULABSCHLÜSSE UNSERER KINDER AUS ERSTER EHE SIND:

(WIEDER DIE GLEICHE REIHENFOLGE WIE OBEN!):

SCHULABSCHLÜSSE DER KINDER, DIE MEIN EHEPARTNER MIT IN DIE EHE BRACHTE:

Bitte überprüfen Sie noch einmal ob Sie alle Angaben vollständig gemacht haben. Falls Sie dreimal oder öfter verheiratet gewesen sein sollten, so machen Sie bitte auf der Rückseite dieses Blattes, nach dem gleichen Muster, die Angaben über die 3. und jede weitere Ehe - vergessen Sie bitte nicht die Angaben über (M) und (Ü)!

Die folgenden Angaben sind sehr rasch gemacht; zum Teil wurden die Fragen schon -in anderem Zusammenhang- weiter vorne gestellt.

Bitte kreuzen Sie das Zutreffende an bzw. setzen Sie die gefragten Daten ein!

Mein VATER wurde im Jahre geboren

Mein VATER lebt noch ☐ lebt nicht mehr ☐

Ich verlor meinen VATER vor meinem 6. Lebens-
jahr ☐
(Zutreffendes bitte vor meinem 14. Lebens-
ankreuzen!) jahr ☐
und zwar durch Tod ☐
durch Scheidung ☐

Meine MUTTER wurde im Jahre geboren

Meine MUTTER lebt noch ☐ lebt nicht mehr ☐

Ich verlor meine MUTTER vor meinem 6. Lebens-
jahr ☐
vor meinem 14. Lebens-
jahr ☐
und zwar durch Tod ☐
durch Scheidung ☐

Mein Vater verlor seinen Vater vor seinem 6. Lebensjahr ☐

Mein Vater verlor seinen Vater vor seinem 14. Lebensjahr ☐

Meine Mutter verlor ihren Vater vor ihrem 6. Lebensjahr ☐

Meine Mutter verlor ihren Vater vor ihrem 14. Lebensjahr ☐

Mein Vater verlor seine Mutter vor seinem 6. Lebensjahr ☐

Mein Vater verlor seine Mutter vor seinen 14. Lebensjahr ☐

Meine Mutter verlor ihre Mutter vor ihrem 6. Lebensjahr ☐

Meine Mutter verlor ihre Mutter vor ihrem 14. Lebensjahr ☐

Ich bekam einen Stiefvater Jahre nach dem Verlust meines Vaters

Ich bekam eine Stiefmutter Jahre nach dem Verlust meiner Mutter

Der Vater meines Ehepartners lebt noch ☐ lebt nicht mehr ☐

Die Mutter meines Ehepartners lebt noch ☐ lebt nicht mehr ☐

Mein Ehepartner verlor seinen Vater vor seinem 6. Lebensjahr ☐

vor seinem 14. Lebensjahr ☐

durch Tod ☐

durch Scheidung ☐

Mein Ehepartner verlor seine Mutter vor seinem 6. Lebensjahr ☐

vor seinem 14. Lebensjahr ☐

durch Tod ☐

durch Scheidung ☐

Der Vater meines Ehepartners verlor seinen Vater

vor seinem 6. Lebensjahr ☐

vor seinem 14. Lebensjahr ☐

Die Mutter meines Ehepartners verlor ihren Vater

vor ihrem 6. Lebensjahr ☐

vor ihrem 14. Lebensjahr ☐

Der Vater meines Ehepartners verlor seine Mutter

vor seinem 6. Lebensjahr ☐

vor seinem 14. Lebensjahr ☐

Die Mutter meines Ehepartners verlor ihre Mutter

vor ihrem 6. Lebensjahr ☐

vor ihrem 14. Lebensjahr ☐

Mein Ehepartner bekam einen Stiefvater ☐ Jahre nach dem Verlust seines Vaters

Mein Ehepartner bekam eine Steifmutter ☐ Jahre nach dem Verlust seiner Mutter.

Ich habe bis zu meinem 6. Lebensjahr insgesamt etwa

☐ Wochen in Krankenhäusern

☐ Wochen in Heimen

☐ Wochen bei Pflegepersonen (Großeltern, Tanten...) verbracht.

Ich habe bis zu meinem 14. Lebensjahr insgesamt etwa

☐ Wochen in Krankenhäusern

☐ Wochen in Heimen

☐ Wochen bei Pflegepersonen (z.B. Großeltern, Tanten) verbracht.

Ich habe insgesamt ☐ (bitte Anzahl angeben) Wohnsitzwechsel miterlebt.

(Bitte geben Sie an, wie alt Sie beim jeweiligen Wohnsitzwechsel waren!)

1. Wohnsitzwechsel ☐ Jahre; 4. Wohnsitzwechsel ☐ Jahre

2. Wohnsitzwechsel ☐ Jahre; 5. Wohnsitzwechsel ☐ Jahre

3. Wohnsitzwechsel ☐ Jahre; 6. Wohnsitzwechsel ☐ Jahre

Hier werden Sie nach Ihren Freunden gefragt.

Besonders interessieren uns die Dauer der Freundschaften und die Geschwisterpositionen Ihrer Freunde.

Bitte füllen Sie den Fragebogen sorgfältig aus.

Sie sehen, es ist ganz einfach. Bitte geben Sie sich Mühe beim Ausfüllen.
Vielen Dank!

Meine Geschwisterposition ist:

Namen oder Vornamen der <u>befreundeten Per- sonen</u>	Ge- schlecht d.be- freun- deten Person	Ge- burts- jahr d. befreun- deten Person	Kalenderjahr des ersten letzten Kontakt. Kontakt. m.d.be- m.d.be-	Geschw. pos.d. befreun- deten Person, z.B.: (s)b(bb)	Zahl d. Geschwi- ster der befreun- deten Person	Zahl d. Ihnen persön- lich bekannt. Geschw. d.be- freun- deten Person	Wievie- le Ih- rer be- freun- deten Personen kannte d.jeweil. befreund Person
Bitte schreiben Sie den <u>BERUF</u> hinter den Vornamen (<u>Nummer der BERUFE-LISTE!</u>)							

(Bitte wenden!)

(Bitte wenden!)

Anweisung:

Sie sehen hier mehrere Reihen mit Wörtern. In jeder Reihe steht **höchstens ein Wort**, das Ihnen vielleicht bekannt ist. Wenn Sie es gefunden haben, streichen Sie es bitte durch.

1. Nale – Sahe – Nase – Nesa – Sehna
2. Funktion – Kuntion – Finzahn – Tuntion – Tunkion
3. Struk – Streik – Sturk – Strek – Kreik
4. Kulinse – Kulerane – Kulisse – Klubihle – Kubistane
5. Kenekel – Gesonk – Kelume – Gelenk – Gelerge
6. siziol – salzahl – sozihl – sziam – sozial
7. Sympasie – Symmofelttrie – Symmantrie – Symphonie – Symplanie
8. Umma – Pamme – Nelle – Ampe – Amme
9. Krusse – Surke – Krustelle – Kruste – Struke
10. Kirse – Sirke – Krise – Krospe – Serise
11. Tinxur – Kukutur – Fraktan – Tinktur – Rimsuhr
12. Unfision – Fudision – Infusion – Syntusion – Nuridion
13. Feudasmus – Fonderismus – Föderalismus – Födismus – Föderasmus
14. Redor – Radium – Terion – Dramin – Orakium
15. kentern – knerte – kanzen – kretern – trekern
16. Kantate – Rakante – Kenture – Krutehne – Kallara
17. schalieren – waschieren – wakieren – schackieren – kaschieren
18. Tuhl – Lar – Lest – Dall – Lid
19. Dissonanz – Diskrisanz – Distranz – Dinotanz – Siodenz

Name _____ Punkte _____

Beruf _____ Alter _____

Untersuchungsdatum _____ männlich – weiblich _____

Sonstiges _____

20. Ferindo – Inferno – Orfina – Firanetto – Imfindio

21. Rilkiase – Kilister – Riliker – Klistier – Linkure

22. kurinesisch – kulinarisch – kumensisch – kulissarisch – kannastrisch

23. Rosto – Torso – Soro – Torgos – Tosor

24. Kleiber – Beikel – Keibel – Reikler – Biekerl

25. Ralke – Korre – Ruckse – Recke – Ulte

26. Lamone – Talane – Matrone – Tarone – Malonte

27. Tuma – Umat – Maut – Taum – Muta

28. Sorekin – Sarowin – Rosakin – Narosin – Kerosin

29. beralen – gerältet – anälteren – untären – verbrämen

30. Kapaun – Paukan – Naupack – Aupeck – Ankepran

31. Sickaber – Bassiker – Kassiber – Sassiker – Askiber

32. Pucker – Keuper – Eucker – Reuspeck – Urkane

33. Spirine – Saprin – Parsin – Purin – Asprint

34. Kulon – Solgun – Koskan – Soran – Klonus

35. Adept – Padet – Edapt – Epatt – Taped

36. Gindelat – Tingerat – Indigenat – Nitgesaar – Ringelaar

37. Berkizia – Brekzie – Birakize – Brikazie – Bakiria

Welche VORURTEILE herrschen in unserer Gesellschaft
über "die Dicken" ?

"Dicke" sind eher:

	stimmt genau	stimmt ziemlich	stimmt in etwa	stimmt in etwa	stimmt ziemlich	stimmt genau	
weich	0-----	0-----	0-----	0-----	0-----	0	hart
heiter	0-----	0-----	0-----	0-----	0-----	0	traurig
verschwommen	0-----	0-----	0-----	0-----	0-----	0	klar
stark	0-----	0-----	0-----	0-----	0-----	0	schwach
großzügig	0-----	0-----	0-----	0-----	0-----	0	sparsam
passiv	0-----	0-----	0-----	0-----	0-----	0	aktiv
verspielt	0-----	0-----	0-----	0-----	0-----	0	ernst
zurückhaltend	0-----	0-----	0-----	0-----	0-----	0	offen
hilfsbereit	0-----	0-----	0-----	0-----	0-----	0	egoistisch
triebhaft	0-----	0-----	0-----	0-----	0-----	0	gehemmt
kühl	0-----	0-----	0-----	0-----	0-----	0	gefühlvoll
redselig	0-----	0-----	0-----	0-----	0-----	0	verschwiegen
friedlich	0-----	0-----	0-----	0-----	0-----	0	aggressiv
zerfahren	0-----	0-----	0-----	0-----	0-----	0	geordnet
nüchtern	0-----	0-----	0-----	0-----	0-----	0	verträumt
streng	0-----	0-----	0-----	0-----	0-----	0	nachgiebig
zurückgezogen	0-----	0-----	0-----	0-----	0-----	0	gesellig
robust	0-----	0-----	0-----	0-----	0-----	0	zart
vergnügt	0-----	0-----	0-----	0-----	0-----	0	mißmutig
wild	0-----	0-----	0-----	0-----	0-----	0	sanft
starr	0-----	0-----	0-----	0-----	0-----	0	beweglich
leise	0-----	0-----	0-----	0-----	0-----	0	laut
frisch	0-----	0-----	0-----	0-----	0-----	0	müde
unterwürfig	0-----	0-----	0-----	0-----	0-----	0	herrisch
gesund	0-----	0-----	0-----	0-----	0-----	0	krank

Bitte kreuzen Sie alle Eigenschaftspaare an, auch wenn es Ihnen manchmal schwer fällt!

Wir möchten Erfahrungen erfassen, die Sie in Ihrem Leben mit
V o r u r t e i l e n gemacht haben, die über den "Dicken"
herrschen: wie sehen also die anderen "den Dicken" ?

Syndromspezifische Selbsteinschätzungs- Skalen

Patienten-Nr. _____

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Untersuchungsdatum: _____ Uhrzeit: _____ Beruf: _____

Bemerkungen: _____

EDS

Schätzen Sie bitte Ihr Befinden ein. Setzen Sie hinter jeder der folgenden Feststellungen ein Kreuz in die Spalte, die Ihr Befinden am besten kennzeichnet.

Ein Kreuz in der Spalte „stimmt genau“ bedeutet **k l a r e** Zustimmung zur links stehenden Feststellung. Nicht so klare Zustimmungen trägt man unter „fast richtig“ oder „nur halb richtig“ ein. Bei leichter Ablehnung der Feststellung wird „stimmt kaum“ angekreuzt und bei **k l a r e r** Ablehnung „ganz falsch“.

	stimmt genau	fast richtig	nur halb richtig	stimmt kaum	ganz falsch
Ich möchte lustig sein					
Ich glaube, ich kann nichts leisten					
Ich möchte weinen					
Ich möchte etwas unternehmen					
Ich bin traurig					
Ich möchte mir etwas antun					
Ich fühle mich nicht wohl					
Ich mag mich selbst nicht mehr					
Ich kann mich nicht entscheiden					

Gesamt Faktor I Faktor II

Punkte

--	--	--

Wir möchten Sie hier über Ihr Befinden im Tagesverlauf befragen:

Besonders morgens geht es mir schlechter als abends	Ja ☐	Nein ☐
Besonders abends geht es mir schlechter als morgens	Ja ☐	Nein ☐
Mein Befinden bleibt im Verlauf des Tages gleich	Ja ☐	Nein ☐
Mein Befinden schwankt mehrmals während des Tages	Ja ☐	Nein ☐

SVF

Bitte geben Sie an, welche Beschwerden Sie haben:

	sehr	ziemlich	mittel	wenig	nicht
Ich schlafe unruhig	☐	☐	☐	☐	☐
Schlaf erfrischt mich	☐	☐	☐	☐	☐
Mein Mund ist trocken	☐	☐	☐	☐	☐
Ich esse gerne	☐	☐	☐	☐	☐
Mein Gewicht nimmt ab	☐	☐	☐	☐	☐
Ich habe Verstopfung	☐	☐	☐	☐	☐
Ich habe Herzklopfen oder Herzjagen	☐	☐	☐	☐	☐
Ich schwitze, auch wenn ich nichts tue	☐	☐	☐	☐	☐
Mir kommen oft die Tränen	☐	☐	☐	☐	☐

Punkte:

SasM

Geben Sie bitte an, wie Ihnen zumute ist:

	sehr	ziemlich	mittel	wenig	nicht
Ich fühle mich matt					
Ein Druck lastet auf mir					
Ich bin wie zugeschnürt					
Ich bin unruhig					
Ich fühle mich eingeengt					
Ich fühle mich zerschlagen					

Punkte:

SKS

Meine Schmerzen sind:

	sehr	ziemlich	mittel	wenig	entfällt
Stark					
Stechend					
Blitzartig durchzuckend					
Ziehend					
Spitz					
Schwer					
Hartnäckig					
Überall vorhanden					
Stumpf					

Punkte: (AI)
 (OS)
 (TS)

(AI): allgemeine Schmerzintensität
(OS): Oberflächenschmerz
(TS): Tiefenschmerz

ANTWORTEN ZU DEN SEITEN 1 - 4 DES FRAGEBOGENS

Die Originaldaten wurden unverändert in folgende Urlisten übertragen; auf Korrektur der Urlisten wurde weitgehend verzichtet, um die Antworten möglichst unverfälscht zu belassen.

Liste 0

(Frage 1)

- 1=Bildzeitung
- 2=Stern
- 3=Zeitung
(ohne nähere Angaben)
- 4=Bekannte
- 5=Arzt
- 6=ehemaliger Patient
- 7=Familienmitglied
oder Verwandter
- 8=Hör Zu
- 9=Fernsehen

Liste 1

(Fragen 4,5,6)

- 1=Diät
- 2=weniger essen
- 3=Appetithemmer
- 4=Sport
- 5=Kuren
- 6=Abführmittel
- 7=Akupunktur
- 8=striktes Hungern
- 9=Absetzen der Pille
- 10=Spritzen
(ohne nähere Angaben)
- 11=Gymnastik
- 12=Erbrechen
nach d. Mahlz.
- 13=Hypnose
- 14=Rauchen
- 15=Sauna, Bäder
- 16=homöopathische Mittel
- 17=mehr Bewegung
- 18=Eintritt in
eine Vereinigung Übergew.
- 19=stationäre Behandlung
- 20=Tabletten
(ohne nähere Angaben)
- 21=Magenfüller
- 22=niehts

23=weniger Trinken

- 24=Dünndarmausschaltung
- 25=Psychotherapie
- 26=viel schlafen
- 27=Schwangerschaft
als Maßnahme
gegen Hyperphagie
- 28=Frischzellen

Liste 2

(Fragen 8,9,38,
40,42,44,50,74)

- 1=Familienmitglied
- 2=Freund
- 3=Freundin
- 4=entfernte Bekannte
- 5=entfernter Bekannter
- 6=niemand
- 7=Hausarzt
- 8=Facharzt
- 9=Mann, der einen ähnlichen Eingriff hatte
- 10=Frau, die einen ähnlichen Eingriff hatte

Liste 3

(Frage 10)

- 1=Institut
Dr. Sles
- 2=Weight Watchers
- 3=med.Klinik in
Düsseldorf
- 4=Brigitte Diät
Club

Liste 4

(Frage 11)

- 1=Frankfurt/Main
- 2=Düsseldorf
- 3=München

Liste 7a

(Frage 20)

- 1=Kurzatmigkeit
Atemnot
- 2=häufiges Schwitzen

3=Gelenkschmerzen

- 4=Potenz- und Libidostörungen
- 5=Müdigkeit, Mattheit
- 6=Schwächegefühl
- 7=Blutdruckkrisen,
Schwindel, Herzbeschwerden
- 8=Beinödeme
- 9=Gicht
- 10=Rückenschmerzen
(Bandscheiben)
- 11=Magenbeschwerden
- 12=Krampfadern
- 13=Schmerzen in den
Beinen (ohne
nähere Angaben)

Liste 7b

(Frage 21)

- 1=Depressive Stimmung
- 2=Minderwertigkeitsgefühle
- 3=Angst, von anderen
verspottet zu
werden
- 4=Kontaktarmut
- 5=Stimmungs labilität
- 6=Gleichgültigkeit
- 7=Selbstmordgedanken
- 8=keine
- 9=zuviel Alkohol
- 10=sexuelle Probleme
- 11=Angst vor Krankheit,
Lebensangst
- 12=Probleme beim
Kleiderkauf

Liste 8

(Frage 30)

- 1=Zigaretten
- 2=Zigarren
- 3=Zigarillos
- 4=Pfeife
- 5=Schnupftabak
- 6=Kaugummi

Liste 10

(Frage 51a)

- 1=gestorben
- 2=wohnt nicht mehr hier
- 3=Streit in der Familie

- 4=neues Geschwister kam dazu
- 5=ich habe mich geändert

Liste 14
(Frage 67,68)

- 1=immer noch müde, ganz "erschlagen"
- 2=munter, erfrischt
- 3=antriebsschwach
- 4=lustlos, schlecht gelaunt
- 5=ab mittags müde
- 6=unterschiedlich, je nach Verfassung
- 7=schwindlig, Übelkeit
- 8=Kopfschmerzen

Liste 15
(Frage 69)

- 1=Kegeln
- 2=Schwimmen
- 3=keinen
- 4=Leichtathletik
- 5=Wassersport (Segeln, Rudern u.ä.)
- 6=Reiten
- 7=Tischtennis, Tennis
- 8=Skifahren
- 9=Gymnastik
- 10=Ballspiele
- 11=Radfahren
- 12=Tanzen
- 13=Trimm-dich
- 14=Golf
- 15=Spazierengehen, Wandern
- 16=Fechten
- 17=Ringern
- 18=Gewichtheben
- 21=Federball
- 24=Turnen
- 28=Boxen

Liste 17
(Frage 75)

- 1=nein
- 2=nur berufsmäßig
- 3=Rauschgiftsüchtige
- 4=Alkoholiker
- 5=ja (ohne nähere Angaben)
- 6=Körperbehinderte
- 7=Neger

- 8=Prostituierte
- 9=psychisch Gestörte
- 10=Kriminelle
- 12=Homosexuelle
- 13=Obdachlose
- 15=Dicke
- 16=Rocker

Liste 18
(Frage 76)

- 1=mehr erreicht
- 2=genauso viel erreicht
- 3=weniger erreicht
- 4=noch in Ausbildung

Liste 19
(Frage 79)

- 1=einzige Hoffnung, die Fettleibigkeit zu beseitigen
- 2=Befreiung von physischen Begleiterscheinungen
- 3=Befreiung von Depressionen
- 4=Befreiung von sonstigen psychischen Begleiterscheinungen
- 5=Befreiung von sexuellen Problemen
- 6=nicht mehr anders sein, nicht mehr verspottet werden, nicht mehr negativ auffallen
- 7=Ehe retten
- 8=Angst vor negativen Auswirkungen in der Zukunft
- 9=Kinder sollen sich nicht mehr schämen
- 10=Befreiung von vegetativen Störungen
- 11=Erleichterung beim Kleiderkauf
- 12=wieder mehr unternehmen zu können
- 13=Mann bzw. Frau will schlanken Partner haben
- 14=Kommentare und Bilder in einer Zeitung

Liste 20
(Frage 83)

- 1=nirgends
- 2=zwischen den Oberschenkeln
- 3=Bauchfalten
- 4=unter den Brüsten
- 5=unter den Achseln
- 6=Afterfalte
- 13=Geschlechtsorgan
- 15=Leistengegend

Lebenslauf

Am 29. Februar 1944 wurde ich, Hellmut Erzigkeit, als Sohn des Stadtinspektors Kurt Erzigkeit und dessen Ehefrau Margarete, geborene Schmidt, in Scharfenwiese/Ostpreussen geboren. Nach dem Krieg siedelte unsere Familie nach Straubing in Niederbayern um, wo ich die Volks- und Oberrealschule besuchte. 1963 wechselte ich in die Oberrealschule mit Gymnasium Pfarrkirchen über, wo ich 1965 das Abitur machte. Vom Oktober 1965 bis Mai 1967 leistete ich meinen Wehrdienst ab. Anschließend immatrikulierte ich mich an der Universität Erlangen-Nürnberg für das Fach Psychologie. Im Februar 1972 legte ich die Diplom-Hauptprüfung ab. Ab April 1972 arbeitete ich als Assistent am Psychologischen Institut und seit Herbst 1973 an der Universitäts-Nervenklinik mit Poliklinik Erlangen; neben klinischer Routinetätigkeit besteht meine Hauptaufgabe in Unterricht und Forschungsarbeiten im Fachgebiet Medizinische Psychologie.

Erlangen, im Juni 1978

H. Erzigkeit

